

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

159

Année 1890

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 mars 1890, à 1 heure

Par I. GREIWER

Né à Constantinople, le 2 février 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA CYSTITE TUBERCULEUSE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
TUFFIER, BRISSAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1890

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie.		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	DAMASCHINO.
		DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	}	GUYON.
		LANNE-LONGUE
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		DUPLAY.
Pharmacologie.		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUSS.
	}	G. SÉE.
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
Maladie des enfants.		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		CHARCOT.
	}	RICHEL.
Clinique chirurgicale.		VERNEUIL.
		TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.		LE FORT.
Cliniques d'accouchements.		PANAS.
	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NATIER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE A MA SŒUR

MADAME VEUVE E. RUSSELL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552023_0049

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA
CYSTITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

Malgré les grands progrès réalisés pendant ces dernières années dans la pathologie des voies urinaires, et malgré les recherches minutieuses faites par des personnes versées dans cette branche spéciale de la chirurgie, il y a néanmoins encore certaines obscurités qui demandent à être élucidées.

On ne peut nier ces progrès lorsqu'on lit les travaux et les belles leçons du professeur Guyon en France Thompson en Angleterre, Autal et Dittel en Allemagne. Dans ces pays il s'est créé une nouvelle ère pour les maladies des voies urinaires, à laquelle a tant contribué le service de l'hôpital Necker.

Depuis que la symptomatologie de la cystite tuberculeuse a été si bien décrite, et que le diagnostic ne présente presque aucune difficulté dans la majorité des cas,

nous fûmes, au premier abord, de la polyclinique de cet hôpital, frappés du grand nombre de tuberculeux qui s'y présentent.

Ayant fait des recherches pour trouver quelque traitement efficace capable d'enrayer en partie leur mal, nous trouvâmes beaucoup de travaux dans lesquels la symptomatologie et l'anatomie pathologique étaient bien décrites, mais où la question de thérapeutique était indiquée très sommairement.

Nous ne voulons pas entreprendre dans notre travail un exposé de tout ce qui a été proposé et employé contre cette affection, mais seulement indiquer les principaux médicaments qui ont paru avoir agi d'une manière plus ou moins efficace. C'est pour cela que nous laissons de côté ce grand nombre de médicaments empiriques, et nous nous restreindrons aux quelques médicaments employés dans ces dernières années.

Le traitement chirurgical ayant occupé une grande place nous indiquerons les différents procédés opératoires et leur valeur thérapeutique.

Tel est le point que nous nous proposons d'examiner.

Le sujet n'est pas jeune, et il ne présente rien de nouveau; mais on concédera qu'il est de haute importance. D'ailleurs, en médecine pratique, de même qu'en musique, on peut dire que ce ne sont pas les nouveautés qui font toujours le plus de plaisir à entendre.

HISTORIQUE

La cystite tuberculeuse était connue du temps d'Am-
broise Paré. Dans le Lib. 17, ch. 59, il dit : « et nous trou-
vasmes la vessie toute calleuse et pleine de pustules, de
grosueur d'un petit pois, et lorsque je les compri-
mais en sortait du pus tout blanc, tel que celui qui était
jetté avec les urines pendant la vie ». N'ayant à cette
époque aucune notion de la tuberculose, il prenait ces pus-
tules pour la gale intra-vésicale. Paré soignait cette sorte
de cystite par l'injection d'une infusion de plantain dans
laquelle il faisait dissoudre quelque trochisque de *gordon*,
et calmait la douleur par l'injection d'huile de *jus-
quiame*. Jusqu'à l'époque de Malpighi on était resté dans
les anciennes idées, c'est lui qui mentionna les abcès
scrofuleux des voies urinaires.

Plus tard, Bayle, en l'an XI, établissait que la tubercu-
lose pouvait aussi se localiser à l'appareil génito-urinaire.
Laënnec qui est pour ainsi dire le créateur de la patho-
logie tuberculeuse, décrivit avec beaucoup de précision
en 1819 la tuberculose de la vessie. John Howship en
1823, Larcher en 1827, et après Bermond de Montpellier.
Ceux-ci furent suivis par Boyer, Cruveilhier, Andral,
Lancereaux.

Tous ces auteurs, qui avaient si bien décrit l'anatomo-
pathologie de la tuberculeuse urinaire, laissaient dans
l'obscurité la symptomatologie et surtout la thérapeutique.
Celle-ci était restée jusqu'à cette époque presque la même

qu'au temps d'Ambroise Paré. Ce n'est que l'école de l'hôpital Necker qui a commencé réellement à établir sur des bases solides les rapports de cette maladie si rebelle.

D'abord confondue avec les cystalgies, avec les cystites rebelles, Guyon la différencia et lui créa, avec l'aide de ses élèves, sa symptomatologie, de telle manière qu'aujourd'hui elle est d'un diagnostic si précis qu'on n'est pas toujours obligé d'avoir recours à l'examen bactériologique des urines.

D'ailleurs, disons-le entre parenthèse, le bacille de Koch aussi décisif qu'il est dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, ne l'est pas toujours autant dans les voies urinaires.

La thèse de Guebhard 1878, le mémoire de Tapret, la thèse de Boursier vinrent encore éclairer l'histoire de la phymatose vésicale. Dans cette dernière, l'auteur parle du traitement chirurgical par la boutonnière périnéale.

L'excellente thèse d'Hartmann vint encore en dernier lieu appliquer la cystotomie comme moyen thérapeutique dans les cystites douloureuses. Mais la tuberculose vésicale quoique souvent douloureuse ne l'est pas toujours. Cette thèse ne repose donc uniquement que sur la manière de calmer l'élément douleur.

Nous devons encore citer Cayla, Eigenbrodt, Guiard et Reverdin de Genève. Les chirurgiens ont donc démontré et imposé le traitement chirurgical. Emmet le premier, fait la Kolpo-cystotomie, il est bientôt suivi par ses confrères américains et anglais. Thompson crée la boutonnière périnéale, et M. Guyon la remplace par la taille hypogastrique qu'il fait suivre de grattage et de cautéri-

sation. Viennent après l'excision de la muqueuse la résection aidée par la symphysotomie.

Nous ne mentionons que sommairement ces différents procédés ayant à revenir plus tard sur chacun séparément.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La tuberculose est certainement une des maladies les plus terribles qui puissent frapper la vessie, et on peut la placer avec Locquin avant le cancer, parce qu'elle est plus douloureuse et dure plus longtemps.

Il n'est pas exagéré en disant que de tous les symptômes qui caractérisent un état de souffrance de cet organe, l'hématurie, les suppurations interminables, la douleur, le ténesme, le spasme du col et l'intolérance d'urine qui amène à la longue l'atrésie de la cavité vésicale, semblent s'être réunis dans cette affection avec le maximum d'intensité.

Pour une maladie qui est si fréquente et qui peut-être prend journellement des proportions plus considérables, ni la médecine, ni la chirurgie n'ont encore réalisé le progrès qu'elles ont fait dans d'autres affections de même nature. On pourrait même croire que cette incurabilité de la tuberculose de la vessie, et les échecs qu'on voit arriver si souvent au cours du traitement, ont découragé la plupart de ceux qui s'en sont occupés. Pourtant le premier devoir d'un médecin étant de soulager, s'il ne peut guérir, on ne peut, vu les grandes souffrances en face des-

quelles on se trouve, laisser succomber ces pauvres malheureux sans rien leur avoir fait.

Malgré ce tableau effrayant il y a un certain nombre de tuberculoses vésicales qui ne présentent aucun symptôme douloureux. Tels sont les faits rapportés par Kidd et Philip où les malades présentaient de grandes ulcérations tuberculeuses de la vessie, dont la nature a été démontrée par l'histologie, et qui ne furent reconnues qu'à l'autopsie.

Il faut donc, surtout au point de vue thérapeutique, différencier ces deux états de la même maladie, c'est à dire, la tuberculose vésicale de la cystite tuberculeuse. En effet celle-ci est la première, plus l'élément inflammatoire. Tant que cet élément fait défaut, la vessie est malade, mais le malade ne souffre pas. La maladie est la plupart du temps reconnaissable sans que le malade s'en doute ; mais malheureusement cette période ne dure pas longtemps, et l'élément douleur vient bientôt compléter la pléiade symptomatique.

Nos moyens d'action sont jusqu'à présent loin d'être à la hauteur de cette intensité, et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, que la thérapeutique locale et générale de la cystite est encore à trouver.

Pourquoi toutes les médications employées jusqu'à ce jour ont-elles échoué ? Cette question de laquelle dépend le sort du tuberculeux est encore en litige. Ce n'est que dans ces dernières années, après les minutieuses recherches anatomo-pathologiques faites par Clado, Cayla, Tapret, Voisin, que la question paraît s'éclaircir.

Pour les uns, Tapret, Clado, etc., la tuberculose vésicale est souvent une maladie locale, dont les altérations siègent

très superficiellement dans la muqueuse et la partie sous-muqueuse de la vessie. A cet effet, Tapret apporte plusieurs observations dans lesquelles il démontre la localisation du tubercule exclusivement dans la vessie. Dans quelques cas, en effet, le bacille peut commencer à se développer dans la vessie tout comme il pourrait se développer dans tout autre viscère. Nous ne voulons pas entrer ici dans la question de la migration du bacille si bien développée par Verchère. Pour nous le but principal, et sur lequel repose toute thérapeutique rationnelle, est de nous fixer sur les relations si intimes qui existent entre la tuberculose vésicale et la tuberculose des autres viscères directement ou indirectement en rapport avec le réservoir urinaire.

Cette discussion, ayant pour objet de connaître si la tuberculose vésicale est d'origine locale ou d'origine rénale ou génitale, est fort ancienne. Déjà le Dr Wilks, en 1859, admet cette relation intime entre la tuberculose vésicale et rénale, et rapporte des faits où la tuberculose s'est propagée en descendant jusqu'à l'urèthre. Il dit : « l'affection tuberculeuse de la vessie n'a jamais été primitive, mais a toujours, comme dans ces cas, débuté ailleurs, et est en général la continuation par *descensum* du rein ». Dans sa thèse, Guebhard cite entre autres, une observation prise par Quinquaud, dont le talent observateur est si connu, et dans laquelle il fait la remarque suivante : « en somme la tuberculisation semble avoir débuté par les reins pour se propager à la vessie ».

De même dans le plus grand nombre d'observations

de Guebhard la tuberculose paraît secondaire. A la même époque le professeur Guyon dans ses leçons cliniques disait : « Les reins sont très fréquemment malades dans le cas de tuberculose urinaire, les lésions portent surtout sur les uretères et les calices, c'est-à-dire sur la fonction excrétaute de l'organe ». Et plus loin il ajoute : « Les symptômes qu'elles déterminent sont d'ailleurs dominés par ceux de l'affection vésicale, et ne présentent pas une grande importance au point de vue du diagnostic ». Cette complication est une des plus sérieuses, même lorsqu'elle est unilatérale, ce qui est souvent le cas.

Von Krzywicki a fait des recherches très minutieuses pour trouver le début de la phymatose vésicale et surtout de sa marche. Il a fait 29 autopsies dont 15 hommes et 14 femmes.

De ses recherches il résulte que, quel que soit le début de la maladie chez l'homme la prostate est toujours affectée, même dans les cas non apparents à l'examen physique. Ayant trouvé sur 15 cas 14 fois la prostate malade, il croit que cette coïncidence joue un grand rôle dans la tuberculose vésicale, et serait peut-être le point de départ de la tuberculose uro-génitale. Nous citons ces faits pour montrer combien la tuberculose vésicale a intéressé les médecins, et les idées qui ont été émises pour prouver toujours de plus en plus que la tuberculose vésicale n'est pas une affection purement locale.

Cayla dit avec raison que : « De même que l'on ne rencontre pas de lésion tuberculeuse du rein sans en observer également dans l'appareil pulmonaire digestif ou cu-

tané, de même on n'observe pas de lésion d'une partie quelconque de l'appareil uro-génital sans en constater au moins dans un rein. L'examen anatomique démontre, en effet, que toujours dans les reins, les lésions tuberculeuses sont aussi âgées que celles des autres parties de l'appareil. C'est à peine si l'on trouve quelques rares exceptions à cette règle, et qui sait si l'on n'a pas passé à côté de la lésion pendant l'examen histologique ».

Aujourd'hui il paraît établi qu'il n'y a plus de distinction à faire entre la tuberculose primitive et secondaire. Elle n'a plus sa raison d'être, car celui qui dit tuberculose dit en effet maladie infectieuse à bacilles.

Chez l'homme en effet, grâce à la continuité des canaux des deux systèmes les lésions se commandent, celles de l'appareil génital succèdent à celles de l'appareil urinaire et *vice-versa*. Mais c'est surtout dans les parties où stagne l'urine qu'elles se produisent, dans les uretères, dans le fond de la vessie, à l'orifice du canal de l'urèthre et dans la région prostatique.

Terrillon admet trois modes de propagation de la tuberculose urinaire :

1° Elle commence par le testicule, et envahit ensuite la prostate, les vésicules séminales, la vessie et les reins.

2° La vessie paraît se prendre la première, atteint la prostate et puis les reins, etc.

3° La tuberculose évolue déjà depuis un certain temps dans les poumons.

Il y a quelque temps le professeur Guyon divisait la cystite tuberculeuse, comme nous l'avons dit, en tuberculose primitive et secondaire.

Mais dans ces derniers temps notre maître vient de changer d'opinion; et admet même comme tuberculose primitive de la vessie l'affection tuberculeuse qui commence par les organes génitaux: « En réalité, dit-il, ces deux affections se ressemblent tellement qu'on pourrait sans hésitation les confondre en une seule, c'est-à-dire que lorsqu'on dit cystite tuberculeuse, admettre en même temps une tuberculose génito-urinaire ». Nous nous rangeons de ce côté, et nous pensons même que cliniquement, lorsqu'on rencontre les symptômes d'une tuberculose vésicale, on doit admettre en même temps la tuberculose des organes génitaux, et fréquemment celle des reins.

La tuberculose rénale est si insidieuse dans sa marche que les personnes atteintes ne se plaignent presque pas, elles ne viennent demander le secours du médecin ou du chirurgien que lorsque les symptômes bruyants de la cystite viennent les réveiller, ou pour ce que l'on appelle le réflexe réno-vésical.

Nous pensons en ceci comme le professeur Guyon, que ce n'est pas toujours la prostate qui nous guide dans notre diagnostic, bien que ce soit l'organe vers lequel on dirige fréquemment son attention dans le cas de tuberculose vésicale, alors que son examen n'a jamais l'importance de l'examen des vésicules séminales. En effet, celles-ci quoique dépendant physiologiquement de l'appareil génital, font corps avec la vessie, s'inoculent et inoculent facilement les bacilles par contiguité à la vessie.

Si nous insistons si longuement sur les rapports et la coïncidence de la tuberculose uro-génitale, c'est que, de

cette intimité dépendent tous les soins thérapeutiques qu'on est obligé de donner à la phymatose urinaire.

Lorsqu'un malade atteint de tuberculose urinaire est soumis à un traitement duquel il devra tirer le plus de profit possible, il faut toujours chez lui prendre en considération l'état des autres organes, non seulement le rein, la prostate, le testicule, le cordon, les vésicules, etc., mais aussi l'appareil respiratoire digestif, etc., le moral même, en un mot tout son organisme.

Chez lui ce n'est pas seulement la cystite qu'il faut soigner, mais l'être en entier, le tuberculeux, car dans la suite la plupart meurent phthisiques pulmonaires.

C'est ce qu'il faut empêcher, et c'est la plus grande tâche qui nous incombe.

TRAITEMENT EN GÉNÉRAL

Depuis l'époque où Ambroise Paré soignait la cystite tuberculeuse par les infusions de plantain et les trochisques au gordon, jusqu'à notre époque où cette maladie passant par le baptême de différentes dénominations elle est devenue à la fin cystite bacillaire, un nombre infini de médicaments ont eu leur vogue. A l'heure actuelle deux grands traitements se disputent la priorité : le traitement médical et le traitement chirurgical.

Il serait certainement trop long d'énumérer tous les médicaments et tous les moyens employés, nous nous

placerons plutôt au point de vue pratique et par une petite classification nous expliquerons notre plan.

Cliniquement il faut agir de trois façons, qui sont :

- 1° Le traitement reconstituant spécifique.
- 2° Le traitement calmant (*médical et chirurgical*).
- 3° Le traitement curatif (*médical ou chirurgical*).

Mais il est plus compréhensible de diviser le traitement selon l'usage classique en deux parties :

- 1° Le traitement médical ; et 2° le traitement chirurgical.

Le premier peut se diviser en :

- a. — Médication agissant contre l'infection.
- b. — Médication palliative.
- c. — Médication adjuvante.

- 2° Le traitement chirurgical se subdivise aussi en :

- a. — Traitement chirurgical palliatif.
- b. — Traitement chirurgical curatif.

Nous examinerons séparément la valeur réelle de chacun de ces moyens thérapeutiques, et nous finirons avec notre conclusion et quelques observations qui malheureusement ne sont pas nombreuses.

TRAITEMENT MÉDICAL

Lorsque Villemin démontra que la tuberculose était une maladie contagieuse par un agent spécial, agent qui fut isolé sous le nom de bacille de Koch, la tuberculose entra dans le rang des maladies infectieuses et générales.

Les remèdes pouvant agir sur ce micro-organisme devaient donc devenir les médicaments spécifiques de cette diathèse.

Ces médicaments devaient avoir plusieurs propriétés : 1° être anti-microbiens ; 2° pouvoir s'éliminer par les reins ; 3° pouvoir passer dans les urines avec leur propriété première pour irriguer tout l'appareil urinaire et 4° ne pas être nuisibles.

L'expérience et la clinique surtout ont aidé à trouver un certain nombre de médicaments qui quoique n'étant pas en réalité des remèdes pouvant anéantir le bacille, peuvent à l'aide de certaines conditions hygiéniques être d'une utilité indéniable. Nous allons passer de suite à ces moyens pour finir le traitement médical par un complément de cette thérapeutique qui agit sur l'état général.

Iodoforme. — Le médicament qui dans ces dernières années a eu le plus de vogue dans le traitement de la tuberculose en général est l'iodoforme, et nous croyons même qu'il doit occuper jusqu'à ce qu'on en découvre un autre, le premier rang. De telle sorte que nous n'avons pas manqué de l'administrer à presque tous les malades qui se sont présentés à la polyclinique.

L'honneur de son premier emploi contre le tubercule revient aux chirurgiens, qui ont inspiré aux médecins l'idée de son application.

Il est d'autant plus utile dans la tuberculose des voies urinaires qu'il s'élimine pour la plus grande partie par la voie rénale. Sous quelle forme s'élimine-t-il ? Probablement, comme le croit Rabuteau sous forme d'iodure de

sodium, et comme tous les iodures, son élimination commence très vite, et se continue longtemps. Quant à sa puissance antiseptique et germinicide elle est indiscutable aujourd'hui, néanmoins elle a été contestée par Heyn et Rosving (de Copenhague). Ceux-ci déclarent qu'il ne fait pas obstacle au développement des bactéries, et d'après Kunze, Binz Lubell, Baumgarten, König et Cetrin (*Gaz. hebdom.*, 1887), au développement du bacille de la tuberculose. Cette opinion a été réfutée par les faits cliniques dans lesquels on a employé l'iodoforme heureusement contre les tuberculoses locale. Les expériences de Villemin ont de nouveau apporté un certain doute passer dans notre esprit.

D'après ses expériences, le professeur Bruns de Thuringen (*Thérapeutische monatschrift*, 1887) a trouvé que par l'usage local de l'iodoforme dans les abcès et plaies tuberculeuses, les bacilles ont constamment disparu, tandis qu'ils persistaient dans un autre abcès qui servait de contrôle et qu'il ne soumettait pas à l'action de l'iodoforme. Il conclut que l'action anti-tuberculeuse de ce corps est une action spécifique anti-bacillaire. Ruyter et Behring ont montré que l'action délétère des ptomaines est annihilée par l'action de l'iodoforme, et que des ptomaines pyogènes étaient incapables de produire du pus sous l'action de cette substance. Neisser dans ses recherches a trouvé (*Arch. f. path. anat.*, 1887) que des cultures de bactéries sont influencées par l'iodoforme, de telle manière que leur pullulation est modifiée, et surtout diminuée de force et d'intensité. Picard a fait des injections interstitielles de l'iodoforme dissous dans de l'eau savon-

neuse. De Gennes a examiné toutes les urines des tuberculeux pendant qu'ils prenaient de l'iodoforme, mais il n'a pas vu le bacille diminuer de nombre. Cela ne nous paraît pas une raison pour ne pas croire à l'amélioration de l'affection, puisque celle-ci n'est pas en rapport avec le nombre de bacilles contenus dans l'urine, de même qu'il ne l'est pas dans la phthisie pulmonaire avec le nombre contenu dans les crachats.

Nous verrons plus loin lorsque nous parlerons de l'iodoforme employé en lavages vésicaux, que Ludwig Frey, de Vienne, le considère comme le meilleur médicament de la tuberculose.

Le professeur Verneuil l'emploie de toutes les manières et en retire les meilleurs résultats.

Les effets cliniques que nous avons obtenus de ce médicament associé à la créosote nous paraissent les plus favorables. Les malades en ont ressenti les bons effets assez rapidement.

Malheureusement sa mauvaise odeur le rend répugnant pour certaines personnes et insupportable pour certains estomacs, surtout ceux des tuberculeux qui sont déjà en mauvais état. Chez ces malades nous dûmes nous en abstenir. D'ailleurs nous n'aurions pu insister de crainte d'amener une intolérance du tube digestif, même pour d'autres médicaments, et ensuite pour la nutrition.

On ne peut pas poser de règle pour le mode d'emploi. En général, nous l'administrions par la voie buccale jusqu'à la dose de 0.40 centigrammes par jour, et notre but était de saturer l'organisme presque jusqu'aux symptômes dits toxiques.

La voie rectale permet aussi d'administrer l'iodoforme, surtout lorsque la prostate ou les vésicules séminales participent à la tuberculose, ou présentent des nodosités suspectes. Nous nous servons de suppositoires soit gélatineux, soit au beurre de cacao contenant chacun 0.10 à 0.20 centigrammes d'iodoforme associé à l'opium et aux solanés.

Ces suppositoires doivent être placés dans le rectum, après avoir vidé celui-ci par un lavement de glycérine.

Nous ne voulons pas énumérer toutes les voies par lesquelles l'iodoforme a été administré ; citons seulement la voie interstitielle (Laborde, thèse de Bordeaux, 1888). Il nous suffit de savoir que les effets cliniques que nous avons pu observer dans la tuberculose vésicale, quoique lents, étaient très encourageants, surtout lorsqu'il est administré à des doses massives qui paraîtraient peut-être un peu exagérées.

Créosote. — Après l'emploi si rationnel de l'iodoforme, la créosote vient parmi les médicaments que nous avons employés le plus.

Découverte en 1830 par Reichenbach, c'est un produit non défini, composé de créosote et d'un hydrogène carboné. Celle que nous avons employée est la créosote du hêtre. Tombée dans l'oubli où elle partageait le sort de bien d'autres médicaments, elle a été relevée par Bouchard et Gimbert de Cannes, qui obtinrent des résultats chez les phthisiques, surtout à la période de tuberculisation.

Plus tard, parmi les médecins qui ont expérimenté la créosote, nous devons citer Holm, Schetelig, Bourgeret, Cornet, Eloy. Quelques-uns, n'ayant pas eu à se vanter de

leur succès, ne veulent pas accorder à cette substance une action spécifique. Peu nous importe comment elle agit; nous avons observé que c'est surtout dans la période inflammatoire qu'elle semble agir, c'est-à-dire lorsque à la tuberculose vésicale est venu s'ajouter le symptôme cystite. Tous nos malades prenaient, comme nous l'avons déjà dit précédemment, la créosote associée à l'iodoforme, tandis que ceux qui ne supportaient pas cette dernière substance prenaient la créosote seule. Nous avons remarqué que dans les cas bénins lorsqu'on y joint des lavages vésicaux à l'acide borique dont nous parlerons plus loin, les malades sentent un vrai soulagement. Les envies d'uriner deviennent moins fréquentes et l'urine contient moins de pus que d'habitude. Nous n'avons pas pu suivre la contenance en bacille de l'urine pendant la période d'administration de ce médicament. En réalité, ces résultats n'arrivent que fort tardivement, et c'est pour cela que l'usage doit être prolongé très longtemps.

La créosote n'agit pas sur l'élément douleur, qui inquiète principalement le malade, lequel ne tient pas compte de la présence du pus dans son urine.

La créosote s'élimine par les muqueuses et en partie par les reins elle doit donc agir favorablement sur toute la muqueuse urinaire, comme un antiseptique tel que l'acide phénique sur lequel elle a cet avantage de ne pas être aussi toxique.

Le meilleur mode d'administration est la voie buccale sous forme de capsule. Le mauvais goût de la créosote rendra plus désagréable par son odeur, empêche les malades de la prendre sous une autre forme, tel qu'ajoutée à

du vin de Bagnols, à la glycérine, à l'huile de foie de morue, au savon médicinal sous forme pilulaire (Bouchard). Nous n'avons jamais observé d'irritation gastro-intestinale, au contraire l'appétit des malades augmente, et ils reprennent des forces. Chez un de nos malades qui, pour des raisons que nous ne nous expliquons pas, n'a pu supporter la créosote, et chez lequel nous voulions forcer la dose, nous avons tenté les injections sous-cutanées. Ces injections furent très douloureuses, et fait curieux, elles furent suivies chez cet homme de frissons et d'une hyperthermie atteignant 39° à $39^{\circ},5$, de telle manière qu'on fut obligé de s'arrêter.

Polyak a été plus heureux dans le cas de tuberculose pulmonaire, il arrivait à la dose de 1 gr.30 par jour injecté sous la peau de l'abdomen. Schetelig est arrivé à injecter sans inconvénient jusqu'à 3 gr. 50 sans aucun phénomène local. Il mélange la créosote à de l'huile d'amandes, de manière qu'un centimètre cube contienne 0,25 de créosote, et il injecte le contenu d'une seringue de Pravaz de 4 centimètres cubes munie d'une aiguille plus grosse. Lorsqu'on veut forcer la dose pour arriver de 1 gr. 50 à 3 gr. 50, ces injections deviennent douloureuses, et laissent persister des indurations qui gênent le malade.

Quant à son action générale, lorsque les malades supportent bien ce médicament, les résultats sont très favorables. C'est pour cela que nous la rangeons à côté de l'iodoforme, dont il est le synergique.

Après ces deux médicaments dont nous venons de décrire sommairement l'action sur la tuberculose vésicale

nous devons encore en citer quelques-uns qui ont pendant un certain temps été employés, et qui le sont encore aujourd'hui dans les cystites chroniques non tuberculeuses. Mais avant de commencer cette citation il faudrait dire quelques mots sur un composé chimique sur lequel au premier abord nous avons fondé de grandes espérances. Nous voulons parler du *Salol*.

Composé par l'union de l'acide salicylique et de l'acide phénique, préparé par Munke de Berne en 1883; expérimenté par Lepire, Balzer, Dubief et Dujardin-Beaumetz; son élimination par les reins à l'état d'acide phénique et sa présence dans l'urine qu'il colore en noir l'a fait employer dans la phymatose vésicale.

Les expériences sur les chiens ont montré qu'un animal ayant pris 12 grammes, soit 1 gramme par kilog., l'animal ne présentait dans ses urines que 15 pour 100 de la dose ingérée.

En injections sous-cutanées son élimination se fait en plus grande quantité. Aubert de Lyon a trouvé 60 pour 100 ce qui prouve la décomposition plus facile de ce médicament dans le milieu intérieur.

Comme effets cliniques, le salol n'a pas donné ceux qu'on attendait et nous pouvons même dire qu'il est resté complètement inactif.

Dans la tuberculose pulmonaire il agit seulement sur la fièvre; la tuberculose vésicale, lorsqu'elle n'est pas compliquée d'autres tuberculoses viscérales étant toujours apyrétique, le salol ne trouve aucune indication. Peut-être rend-il l'urine un peu moins putride et par cela même un peu moins irritante.

Après cette série de médicaments employés il nous reste à en citer encore un certain nombre dont l'efficacité quoique douteuse dans la cystite tuberculeuse peut néanmoins rendre encore certains services. L'action de cette série de médicaments repose sur leur élimination par les reins et leur dissolution dans l'urine.

Si ces substances n'ont pas d'efficacité sur l'élément morbide ils ont surtout ce mérite qu'en agissant comme diurétiques ils servent à diluer les urines qui deviennent moins irritantes sur la muqueuse vésicale infiltrée et enflammée. Ils empêchent, comme le dit Hartmann, la vessie de vomir à sec ce qui augmente la douleur déjà terrible.

Après les nombreux médicaments tirés du règne végétal et employés sous forme d'infusion, tels que les bourgeons de sapin, l'uva-ursi, les queues de cerises, etc. on a employé les baumes et les résines, tels que le santal et la thérébentine et surtout le baume du Peru. Ces derniers peuvent quelquefois être utiles pour combattre le catarrhe vésical et les (hémoptysies vésicales précoces) hématuries qui effraient tant les malades et pour lesquelles ils ont souvent recours au chirurgien, même très longtemps avant que la douleur apparaisse.

Acide borique. — Gaucher a employé l'acide borique à l'intérieur, se basant sur son faible pouvoir toxique et concluant de l'animal à l'homme il a montré qu'il faudrait une dose quotidienne de 75 grammes d'acide borique continuée pendant dix jours pour empoisonner un adulte de poids moyen. Gaucher avait administré l'acide borique à des vieillards atteints d'hypertrophie de la

prostate avec cystite et à des phthisiques, ils se sont trouvés soulagés.

Comme l'acide borique passe facilement dans l'urine, d'où l'on peut l'extraire à l'état d'éther borique, M. Gauthier a pensé qu'on pouvait l'employer dans certaines cystites de façon à éviter le cathétérisme et les injections intra-vésicales de solution boriquée. Avant lui Terrier se basant sur l'insolubilité de ce produit, et son élimination à l'état de borate de soude, a conseillé d'employer ce dernier.

Leuger (*Chmitt Jahrb.*, 1889) qui a expérimenté l'action des différents antiseptiques sur les reins d'animaux, a trouvé qu'à la dose de 4 grammes, l'acide borique administré à des chats et des lapins a produit une néphrite aiguë. Et d'après sa résorption plus ou moins subite il se produisit de l'anurie, et surtout de l'albuminurie, du sang et des cylindres hyalins et épithéliaux dans l'urine, tandis que l'examen microscopique montra une néphrite parenchymateuse.

Les petites quantités d'acide borique administrées à l'intérieur n'auront pas une grande action sur la cystite, tandis qu'une dose maxima ne ferait qu'irriter les reins, déjà tellement exposés à contracter un état morbide.

Traitement général. — Pour arriver par le traitement à un résultat favorable et prolonger la vie du malade, il faut au traitement médical par l'iodoforme et la créosote, joindre un traitement général capable de relever l'organisme délabré.

La tuberculose urinaire est cliniquement plus favorable au traitement que la tuberculose pulmonaire. En général,

ceux des tuberculeux qui tirent le plus de profit d'un traitement rationnel dirigé contre leur affection sont ceux dont l'état morbide ne siège que dans l'appareil urinaire, et dont les poumons sont indemnes ou atteints d'une manière inappréciable. Pour ceux chez lesquels les autres viscères sont lésés, le pronostic est beaucoup plus grave, cela se comprend de soi-même. Nous rangeons ces malades dans la catégorie des incurables, voués à une mort certaine, à échéance plus ou moins longue.

Dans notre deuxième catégorie sont ceux chez lesquels la tuberculose n'a envahi que l'appareil génito-urinaire avec foyer dans les reins.

Cette seconde classe de malades, quoique à pronostic grave, est encore capable d'être jusqu'à un certain point soulagée lorsqu'avec le traitement spécifique ils sont soumis à un bon traitement général et dans de bonnes conditions hygiéniques. La troisième catégorie est celle dont la tuberculose encore au début n'a envahi que la vessie (tuberculose primitive de Tapret) ou le système génito-vésical. Nous nous occuperons spécialement de ce dernier lorsque nous traiterons la tuberculose vésicale par les moyens chirurgicaux.

Si l'on veut encore avoir quelque résultat favorable dans la majorité des cas, c'est au traitement médical qu'il faut s'adresser. Jaccoud n'a-t-il pas démontré la curabilité de la phthisie pulmonaire, surtout de cette tuberculose acquise et apyrétique. La tuberculose vésicale n'est-elle pas la plupart du temps dans ces conditions. Les cystites sont apyrétiques, et malgré le pus dans l'urine la température est toujours à 37 degrés à l'aisselle, et toutes

les fois que la fièvre éclate au cours des cystites, c'est que l'affection se complique et que d'autres organes, presque toujours les reins, se tuberculisent à leur tour. Le traitement n'a-t-il pas toujours été dirigé contre la diathèse et l'état général.

Guyon (p. 686) dit : « Les périodes d'accalmie s'obtiennent franchement lorsqu'on renonce à tout traitement local... et la maladie pourra rétrograder quelque peu ; elle offrira des périodes d'accalmie, mais elle ne guérira pas ».

Boursier, dans sa thèse (1886), dit : « La tuberculose de la vessie étant une manifestation locale d'un état général, ou sous l'influence de la diathèse (aujourd'hui infection) tuberculeuse, comme on disait il y a quelques années, c'est contre cette diathèse qu'on devra instituer tout traitement ». Guiard (1888) dit : « Si l'on veut arriver à avoir quelque chance d'obtenir ces accalmies, ces demi-guérisons qui sont possibles, c'est en se bornant exclusivement aux moyens médicaux. Parmi ces moyens, les uns visent l'état diathésique et tendent à augmenter la résistance de l'économie ».... Pauli est même grand partisan du traitement médical des cystites.

Le traitement général de cette sorte de tuberculose ne diffère pas des autres tuberculoses. Aujourd'hui nous connaissons au moins l'ennemi que nous devons attaquer, et nous savons encore que nous n'avons pas affaire à une simple dyscrasie, ni à une anomalie constitutionnelle indéfinissable, ni à un virus inconnu, mais à un microphyte animé, le bacille de Koch, dont nous pouvons rechercher la manière d'existence, que nous con-

naïssons déjà en partie. Depuis que nous savons que les tuberculoses locales guérissent et que nous avons appris à connaître les processus histologiques qui amènent la guérison des foyers tuberculeux, nous avons beaucoup plus de courage pour en entreprendre le traitement.

Dans les cas où les tubercules ont commencé à se ramollir, la guérison intégrale n'est possible que par la formation de cicatrices solides.

Dans tous les cas il faut commencer par mettre le malade dans de bonnes conditions hygiéniques. Chaque métier doit être étudié séparément comme chaque malade lui-même. Le climat a une grande influence, comme l'a bien montré M. Guyon, et celui qui convient le mieux aux tuberculeux urinaires sont les stations des bords de la Méditerranée, Nice, Cannes, Pau. Le vin ne doit pas être complètement prohibé, mais coupé avec des eaux minérales, telles que Bussang, Orezza, Pongues et leurs analogues.

Le lait doit être prescrit en grande abondance, lui qui agit si favorablement sur tout l'appareil urinaire. A côté de cela une nourriture tonique et reconstituante. L'huile de foie de morue, l'arsenic, le quinquina, et surtout la glycérine, qui nous a paru rendre spécialement des services chez nos malades.

La balnéothérapie et les frictions, les bains sulfureux, mais nous préférons les bains salés, un séjour à Salies de Béarn ou ses similaires, tels que Luchon ou la Bourboule.

Tel est en général le traitement que doit suivre un tuberculeux urinaire, traitement que nous croyons ne pas

différer de beaucoup de celui des tuberculeux des autres organes viscéraux aussi importants pour la vie que l'appareil urinaire.

TRAITEMENT PALLIATIF MÉDICAL

De toutes les affections vésicales, la cystite tuberculeuse est une des plus douloureuses. Cette douleur est quelquefois tellement intolérable que les malades implorent une opération qui leur est souvent refusée. On a cherché par tous les moyens à calmer ces douleurs atroces, produites certainement par le muscle vésical creux qui se contracte continuellement.

M. Guyon dit : « le moyen le plus excellent pour calmer
« la douleur dans les cystites est une injection hypoder-
« mique de morphine. L'effet est presque immédiat, cer-
« tain, plus prolongé qu'aucun autre exempt à mon avis
« du danger dont on l'a accusé. Je ne crains guère les
« complications, les poussées congestives du côté des
« reins à la suite de l'absorption de ce médicament. Je
« l'ai employé dans les cas les plus variés, dans les affec-
« tions aiguës et chroniques, à doses très différentes et
« jamais je n'ai remarqué d'accident à la suite de son
« administration. Les injections doivent être faites plu-
« sieurs fois par jour, sans pour cela qu'il soit nécessaire
« d'atteindre des doses excessives ; 3 à 4 centigrammes de
« morphine en 24 heures constituent une limite que vous

« ne devez pas franchir ». Ses paroles disent plus qu'il n'en faut.

Mais la morphine ne calme la douleur que momentanément, et la maladie dure très longtemps. Il faut donc revenir tous les jours à cette dose, qui après un certain temps devient insuffisante par suite de la tolérance de l'organisme. Le meilleur moyen alors est de la faire alterner avec d'autres médicaments dont l'action peut équivaloir à celle de la morphine. On a cité plusieurs cas de morphinomanie compliquant la tuberculose vésicale, et nous-même nous connaissons un cas d'un homme qui fut taillé pour une cystite tuberculeuse, et qui resta un morphinomane de premier ordre.

Cocaïne. — Parmi les succédanés de la morphine employés dans ces derniers temps et même encore aujourd'hui pour calmer les douleurs vésicales nous devons spécialement citer la cocaïne.

Principe actif de l'Érythroxyton coca, il fut principalement employé pour anesthésier et calmer l'éréthisme des muqueuses. De là aussi la tentative de son emploi dans les cystites comme anesthésique local.

On a reproché à ce corps d'agir comme un poison convulsivant sur l'organisme, et on a cité même des cas d'empoisonnement par cette substance. Mattison, de James, Leslie Collaghen Dufournier. Cette action toxique de la cocaïne n'est observée que lorsqu'elle pénètre en grande quantité dans le torrent circulatoire. On ne peut pas comparer le mode de production de l'analgésie produite par la morphine et la cocaïne. Lorsque M. Guyon faisait ses expériences avec M. Alling et qu'ils instillaient 5 ou

6 centigrammes de morphine dans les vessies douloureuses sans obtenir d'effet, on ne pouvait pour cela attribuer la même inactivité à la cocaïne. La première de ces substances doit pour produire son analgésie agir sur le système nerveux central. Mis dans une cavité recouverte d'un épithélium réfractaire à toute absorption, l'effet analgésiant ne s'obtenait pas. La cocaïne, au contraire, anesthésiant par contre les extrémités nerveuses sensitives doit produire son effet analgésiant que lorsqu'on l'administre localement, tandis que infectée dans le torrent circulatoire c'est un poison convulsivant.

Donc pour obtenir de la vessie une analgésie il faut employer la morphine en injections hypodermiques et la cocaïne en application directe.

Appliquée directement sur la muqueuse vésicale même lorsque celle-ci est malade, l'anesthésie se fait bientôt sentir, et sa durée dépend de la concentration de la solution employée. Les solutions mises en usage varient de 1/100 jusqu'à 1/20. La quantité injectée dans la vessie dépend de l'intensité de la douleur et de la teneur du liquide en cocaïne. Nous avons toujours injecté 30 grammes d'une solution à 5 pour 100.

On peut faire usage des instillations, mais nous préférons l'injection directe intra-vésicale sans sonde. Ce n'est qu'alors que l'anesthésie s'établit et que la douleur est calmée. Cette anesthésie se propage jusqu'au méat urinaire. Nous avons vu des malades atteints de cystites tuberculeuses être soulagés pendant plusieurs heures, tandis que chez d'autres la douleur ne se calmait que pour un temps beaucoup plus restreint et nous étions obligés d'arriver à

des doses énormes qui étaient rejetées par les contractions vésicales.

Cette analgésie ne se produit pas seulement par l'application directe de la cocaïne sur la muqueuse vésicale. Bellamy en 1885 conseillait déjà les bougies gélatineuses de cocaïne dans les cystites douloureuses, et disait en avoir retiré de très bons effets.

Le rectum offre aussi une voie pour soulager les douleurs vésicales. Nous n'avons pas eu l'occasion de l'utiliser dans ce but chez les tuberculeux. Chez un roumain atteint d'épithélioma très douloureux de la vessie, un suppositoire de cocaïne placé le soir dans le rectum procurait un sommeil pour plusieurs heures.

On a voulu comparer la cocaïne à la morphine pour ses effets sur l'état général et surtout par le fait qu'elle pouvait produire comme cette dernière un état semblable intitulé cocaïnomanie. Cet état qui peut s'obtenir par l'abus de la cocaïne en injection hypodermique ne peut arriver dans la vessie, où la muqueuse est si réfractaire à l'absorption.

Pour obtenir un certain effet il faut que toute injection intra-vésicale soit précédée d'un lavage complet à la solution tiède d'acide borique. Ainsi répétée trois fois par jour, même avec des solutions à 2 pour 100 on arrive à calmer la cystalgie. Toutefois avec ces applications répétées et peu dangereuses on peut faire alterner la morphine, le chloral, etc. D'ailleurs aujourd'hui on ne peut plus douter de l'action efficace de la cocaïne, ce médicament ayant donné assez de preuves. Nous ne connaissons qu'une seule contre-indication aux injections vésicales de solu-

tions de cocaïne, c'est celle où les ulcérations sont grandes et les solutions de continuité de la muqueuse multiples. Il se produit alors une légère absorption qui produit quelquefois des vertiges.

MÉDICATION ADJUVANTE.

Lavages. — Une des questions les plus difficiles chez les tuberculeux vésicaux est la plupart du temps le nettoyage de leur vessie. Tant que les abcès miliaires ne se sont pas ouverts dans la cavité vésicale, et tant que la vessie n'a pas été infectée, cet organe reste tranquille.

« A l'état normal, la vessie est infiniment peu sensible
« au contact simple, et la sensibilité ne s'éveille que lorsque le contact se prolonge. Par contre la distension est très rapidement perçue, elle donne lieu à des douleurs si elle est poussée trop loin. Dans une vessie enflammée la sensibilité au contact est assez prononcée, mais la sensibilité à la distension devient excessive... Votre but sera de diminuer la sensibilité de la muqueuse si exaltée lorsqu'il y a cystite. Deux moyens s'offrent, les lavages et l'emploi de topiques plus ou moins énergiques » (Guyon).

Dans la cystite tuberculeuse le pus accompagne toujours la miction douloureuse, mais la douleur n'est pas en rapport avec la quantité du pus.

Broca dit (*Gaz. heb.* 1887) jeunes encore sont les tuberculeux urinaires, mais là tout ne dépendrait-il pas de l'ulcération laquelle n'est en rien inflammatoire? Erreur. Bien des malades viennent consulter pour des hématuries

précoces, dues à une tuberculose vésicale au début; à ce moment leurs urines sont claires et leurs douleurs à peu près nulles. Plus tard ils reviennent avec des urines dont la purulence prouve l'intervention d'une cystite. C'est alors parmi eux qu'on rencontre la plupart des cystites douloureuses.

Une fois que la purulence s'est établie dans la vessie un second mal vient s'ajouter au premier. L'irritation que produit la présence de ce pus augmente les envies fréquentes d'uriner qui deviennent douloureuses. Il faut donc débarrasser la vessie des produits infectants et irritants qui y naissent. Il faut donc employer les lavages.

Ces lavages ont pour but : 1° D'enlever les produits nuisibles, comme mucus, pus et sang ; 2° D'agir d'une manière salubre sur la muqueuse et la musculature de la vessie ; 3° d'agir d'une manière substitutive sur les éléments de la vessie (Fischer).

Les lavages ont été employés depuis les temps les plus reculés par Ambroise Paré, Desault, Civiale, Werlhof, Sömmerring, B. Bell, etc. Les procédés employés depuis lors ont varié depuis la sonde en métal (de trousse), et celle à double courant, tous deux instruments défectueux, jusqu'à l'emploi de la sonde molle de Nélaton, celle à bout mou et à corps rigide d'Hartmann, par lesquelles on pousse le liquide avec une seringue, et, les lavages de la vessie sans sonde par la pression atmosphérique.

« Pour faire un lavage efficace de la vessie il faut y
« comprendre l'urèthre postérieure, car vous savez qu'il
« n'y a pas de cystite sans que la muqueuse de l'urèthre
« profonde ne participe » (Guyon).

Dans la cystite tuberculeuse cette partie de l'urèthre semble contribuer pour beaucoup à la douleur produite par le passage de la sonde même molle. Civiale avait déjà remarqué ce fait et il disait « la douleur déterminée par « le passage de la sonde fait plus de mal que l'injection « ne produit de bien, outre qu'elle suffit pour dégoûter les « malades d'un moyen précieux que rien ne peut rem- « placer ». Nélaton avait fait la même remarque, et Cloquet avait déjà pensé à trouver un moyen de substitution à la sonde.

Lorsque l'introduction indolore de la sonde dans la vessie est possible, il ne faut pas injecter une quantité considérable de liquide, il faut observer le plus minutieusement possible la sensibilité de cet organe. Il y a des vessies qui peuvent contenir une quantité de liquide ne dépassant pas 15 grammes, tandis que d'autres peuvent contenir jusqu'à 250 grammes. Ces dernières se rencontrant surtout chez les hommes où la tuberculose s'était plutôt localisée dans la prostate. Chez la femme on rencontre rarement de ces vessies distensibles.

Un principe domine la technique de ces lavages, c'est de n'envoyer dans la vessie qu'une petite quantité de liquide, et il faut faire attention à ce que l'entrée et la sortie se fassent avec facilité et sans violence, afin de mettre en jeu le moins possible la contractilité vésicale. C'est un mouvement de va et vient rapide qu'il convient de produire. Il faut dans tous les cas de tuberculose vésicale accompagnée de cystite éviter d'injecter jusqu'à l'apparence de distension. Car quelquefois les lavages, même prati-

qués avec la plus grande douceur, ont produit des douleurs intolérables.

« Rien n'aggrave la fréquence de la douleur comme
« la mise en œuvre banale d'introduction de bougies, de
« cathéters et de lavages. La sensibilité particulièrement
« vive de la vessie tuberculeuse rend bientôt l'introduc-
« tion des liquides impossibles, et devient l'occasion de
« l'aggravation des cystites et de l'apparition de néphri-
« tes, p. 686. *Leçons cliniques* ».

L'état douloureux excessif, créé par la distension de la vessie l'est encore plus par l'action reflexe produite sur le rein. Cette distension même quand elle n'est pas douloureuse détermine un état congestif du côté des reins qu'on reconnaît par la suractivité de cet organe. Cet état est surtout exagéré dans la cystite tuberculeuse douloureuse.

Malgré toutes les précautions il arrive néanmoins chez un certain nombre de malades, qui heureusement ne sont pas très fréquents, que les lavages par les moyens ordinaires deviennent impossibles. Faut-il abandonner ces malades dont la vessie accumule un si grand nombre de détritits, qui pouvant être débarrassés seraient peut-être soulagés. On ressent une telle difficulté qu'on se sent forcé d'abandonner tout espoir.

Zeissl de Vienne, Vaudernabecle, Duchaussoy, et en dernier lieu Bertholle et Lavaux imaginèrent des appareils pour injecter du liquide dans la vessie sans sonde, et diminuer ainsi la douleur du contact. Ces idées sont fort ingénieuses et ont, paraît-il, donné des succès. La pression exercée par le liquide de ces appareils dépend de la hauteur à laquelle est posé le réservoir.

Mallez employait une sorte de siphon semblable à celui de Faucher qui sert à laver l'estomac et dont la pression changeait avec la hauteur à laquelle était porté l'entonnoir. Lavaux a rendu cette pression stable en fixant le réservoir à une hauteur déterminée.

Le malade étant couché on applique un des différents embouts dans le méat; on fait passer le liquide en desserrant le tube en caoutchouc, et on interrompt le courant aussitôt que le malade sent un véritable besoin d'uriner, autrement on forcerait la vessie à se distendre.

L'avantage des appareils de Mallez, Bertholle et Lavaux consiste en ce que les malades peuvent eux-mêmes en faire usage et se laver la vessie tout seuls sans l'intervention ni du médecin, ni du chirurgien.

Entre les mains d'un médecin la simple seringue métallique, employée dans le service de chirurgie, peut très facilement suppléer à l'appareil de Lavaux. La seringue étant amorcée, on introduit le bout de celle-ci dans le méat, de même qu'on introduit l'embout de l'appareil de Lavaux et, par des pressions graduelles on fait pénétrer le liquide de la vessie. Une main un peu exercée s'aperçoit de suite du degré de la résistance de la vessie, et la distension commencée le malade accuse de suite l'envie d'uriner. On cesse l'injection, et le malade se débarrasse du contenu par quelques contractions vésicales.

Nous avons ainsi soigné un malade qui ne supportait pas le contact de la sonde, et nous sommes parvenus à des résultats excellents. Les lavages ainsi exécutés diluent le dépôt urinaire et entraînent petit à petit les mucosités et le pus. Tandis que, avec le vrai lavage, c'est-à-dire

celui qui se pratique au moyen d'une sonde il se produit un remou qui est nécessaire pour entraîner avec le courant ainsi formé par les yeux de la sonde tout ce qui est contenu dans la vessie. Donc tant que nous pouvons employer ce dernier procédé nous ne manquons pas de le faire ; mais l'application de la sonde rencontre-t-elle quelque difficulté, nous employons soit la seringue seule, soit un siphon ordinaire.

D'habitude on laisse dans la vessie sans inconvénient une certaine quantité du liquide médicamenteux qu'on a injecté, et qui empêche les premières quantités d'urine accumulées de se décomposer et dilue en même temps le pus.

La température doit être modérée et est très bien supportée entre 35° et 40°.

Les lavages simples avec de l'eau aseptique n'entraîneraient que le mucus et le pus et n'agiraient pas sur la muqueuse malade. On a employé diverses solutions médicamenteuses dont nous énumérerons les principales.

Acide borique. — La plus fréquemment employée est la solution d'acide borique à 4 pour 100, qui est son degré de solubilité.

D'après Ditte un litre dissous :

A 0°	19,5 gr.
A 20°	40 gr.
A 40°	70 gr.
A 80°	168 gr.

Le degré de la solubilité de l'acide borique augmente par addition de magnésie calcinée. Un gramme de magnésie calcinée peut faire entrer en solution 12 grammes

d'acide borique dans 75 grammes d'eau, mais cette liqueur cristallise vers 20 degrés. La dose maxima obtenue de cette manière sans craindre la cristallisation est de 12 pour 100 (Mansier). On peut donc avoir aussi des solutions sursaturées.

M. Guyon qui est très partisan des lavages à l'acide borique dit qu'avec une solution de 4 pour 100, on peut s'opposer à la production de pus dans la vessie, et que souvent on peut le faire cesser lorsqu'elle est déjà produite, mais ces lavages sont plus préservatifs que curatifs.

M. Const. Paul classe l'acide borique parmi les substances modérément antiseptiques, et il faut selon lui 7 gr. 50 pour arrêter la putréfaction. Mais à une faible dose il rend les cultures tuberculeuses peu appréciables. Il range cette substance dans la même catégorie que l'acide arsénieux, la créosote, l'iodoforme, le salol (Congrès de thérapeutique, 1889).

Quand on emploie des solutions sursaturées elles paraissent produire un peu de douleur qui se calme bientôt. Ces lavages à l'acide borique doivent être faits au commencement, plusieurs fois par jour, mais on ne peut pas poser une règle générale, tout dépend de la susceptibilité du malade.

Lavages avec la solution d'iodoforme. — En citant l'action anti-microbienne de l'iodoforme et son emploi dans la tuberculose locale nous n'avons rien dit de son emploi en lavages.

L'iodoforme n'étant pas soluble dans l'eau on ne peut l'injecter dans la vessie qu'en suspension dans un liquide

à la faveur d'une substance mucilagineuse, telle que la gomme arabique ou la gomme adragante.

Il a été employé par Guyon, Ludwig Frey. Ce dernier donne une formule pour préparer une solution extemporanée, qui se compose de :

Iodoforme.	50.0
Glycérine	40.0
Eau distillée.	10.0
Gomme adragante	0.25

On prend une cuillerée à bouche de ce mélange pour un demi litre d'eau tiède, et après avoir bien agité on injecte.

Les injections de solution iodoformée dans la vessie ne sont pas douloureuses et ces résultats sont les plus favorables. Les envies fréquentes diminuent, la douleur se calme, et la quantité de pus diminue.

D'après Ludwig Frey de Vienne, l'action de l'iodoforme dans la vessie repose sur l'action antiseptique persistante de ce médicament, ainsi que sur son action analgésiante et sur son action anti-fermentescible. Il suffit d'après cet auteur de la moindre quantité de cette substance pour arrêter les fermentations intra-vésicales.

Après plusieurs lavages à l'eau tiède bouillie, ou saturée d'acide borique, on injecte la solution iodoformée. Il n'apparaît aucun phénomène d'intoxication.

Chandelux en 1887 a été plus audacieux, et a employé des injections intra-vésicales d'éther iodoformé, imitant ainsi la manœuvre des chirurgiens dans les abcès tuberculeux. La solution qu'il employait était de 13 grammes pour 100 grammes d'éther, et injectait de 2 à 4 grammes

tous les cinq jours. Le contact de cette préparation sur la muqueuse vésicale est très douloureux. Les fois suivantes les injections ne sont plus aussi douloureuses et le malade les supporte très bien. Chaque fois, les douleurs se font sentir moins fortes, les mictions deviennent moins fréquentes. Et il dit qu'elles étaient tombées de 35 fois à 10 fois par jour, et même de 96 à 12 ou 14 fois dans les 24 heures.

L'éther se trouvant dans un milieu dont la température est au moins de 37°,5 s'évapore, et distend la vessie, c'est certainement à cette distension que sont dues les douleurs. L'éther étant chassé sous forme de mictions gazeuses, l'iodoforme se dépose sur la muqueuse vésicale, et est plus tard expulsé par l'urine sous forme de cristaux.

Chandelux a ainsi obtenu quatre améliorations notables sur quatre malades qu'il a soignés de cette façon.

Dans la tuberculose vésicale ulcérée, la distension excessive de la vessie par des gaz, tels que ceux de l'éther, nous paraît dangereuse, nous préférons donc simplement la méthode de Frey en laissant dans la vessie une certaine quantité de liquide iodoformé.

Bichlorure de mercure. — En 1889, le Dr Jefsner employa avec succès dans un cas de cystite très rebelle, les injections intra-vésicales de solution de sublimé très faible. Il fit suivre ce lavage par des lavages à un demi pour 100 de créoline.

Dans la même année, ces grands lavages à la solution de sublimé à un pour 1000 furent essayés à l'hôpital Necker.

Ces lavages sont excessivement douloureux. On est obligé de chloroformiser le malade pour lui faire passer pendant le sommeil anesthésique 4 à 5 litres de liquide dans la vessie avec une sonde molle en caoutchouc. Ces lavages sont tellement douloureux que même pendant le sommeil le plus profond la vessie se rétracte avec force.

La plupart du temps une hématurie qui dure plusieurs jours est la suite de cette manœuvre, et le malade souffre beaucoup pendant quelques jours. L'urine se charge de pus pendant ce temps, mais s'éclaircit rapidement. Ce résultat n'est pas stable, et une semaine après le grand lavage l'urine reprend de nouveau son aspect primitif. La douleur se calme aussi quelquefois après, mais passagèrement.

Tels sont les effets que nous avons obtenus avec les lavages dans la cystite tuberculeuse. D'autres substances ont été aussi employées tel que le bichlorure de mercure, mais sans résultat favorable.

Parmi les trois substances que nous avons essayées : acide borique, iodoforme, sublimé, nous donnons une grande préférence au second qui, employé avec persévérance, donne encore les meilleurs résultats.

Instillations. — En 1881 Guyon proposa de traiter les cystites par des instillations d'une solution de nitrate d'argent à 1/50, 1/20 et au besoin 1/10.

Si tous les cystiques supportent bien les instillations, la cystite tuberculeuse fait exception (Guyon).

Rien en effet n'est plus mal supporté et rien ne réussit

aussi bien à aggraver la maladie que les instillations de nitrate d'argent dans cette affection et ce signe suffit beaucoup de fois pour attirer l'attention sur une tuberculose vésicale dont on soupçonnait le diagnostic. Les instillations sont suivies de douleur et d'hématurie abondante. Il faut donc bien se garder chez une personne qu'on soupçonne atteinte de tuberculose vésicale d'employer ce mode de traitement.

Acide lactique. — Guidé par les travaux de Heryug de Varsovie sur le traitement de la phthisie laryngée par l'application d'acide lactique et les bons résultats fournis par ce moyen ainsi que les quatre cas de guérisons d'ulcérations tuberculeuses de la langue par l'emploi topique d'une solution d'acide lactique à 80 pour 100, nous avons voulu essayer son emploi dans la tuberculose vésicale. Les solutions que nous avons employées étaient très faibles depuis 1 pour 100 jusqu'à 5 pour 100. L'instillation se faisait tous les jours ou tous les deux jours au nombre de 30 à 50 gouttes sans avoir retiré aucun bénéfice. A partir de cette dose les instillations devenaient douloureuses de manière que nous avons dû cesser ce traitement sur lequel nous avions fondé un peu d'espoir.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Notre plan nous oblige à diviser la partie du traitement chirurgical en deux parties.

1° Le traitement chirurgical palliatif, etc. ; 2° Le traitement chirurgical curatif ?

Traitement chirurgical palliatif. — Dans les cas de tuberculose vésicale très avancée ou même dans les cas peu avancés, ou la douleur domine la scène, ou tout traitement médical et même local a échoué, on est obligé d'avoir recours à des moyens plus énergiques pour soulager les horribles souffrances des malades. Il faut avant de tenter une opération, examiner tous les autres organes. Mais l'opération chirurgicale palliative n'a pas une contre-indication formelle, même lorsque d'autres organes sont atteints. Dans ce cas ce n'est pas le mal qu'on attaque, c'est plutôt la douleur pour produire un soulagement qui équivaut à plusieurs doses de narcotique. Tout autre est notre opinion pour le traitement que nous dénommons curatif.

L'opération palliative contre la douleur de la tuberculose ne consiste qu'à soustraire le muscle vésical aux contractions produites par le contact de la moindre quantité d'urine. Ces contractions qui dans les muscles creux sont douloureuses, cessent une fois que leur contenu trouve un libre cours à l'extérieur, et que par cela même le muscle reste au repos. Cela en tout cas n'empêche pas que la maladie principale suive son cours. Pour une personne destinée à une fin presque certaine, quelques mois, quelques semaines, quelques jours de soulagement sont déjà une grande consolation, quand on ne parvient plus à remédier à la douleur par les narcotiques.

L'idée de soulager la douleur vésicale par une opéra-

tion est fort ancienne. Les Égyptiens pratiquaient déjà ces sortes d'opérations. Jusqu'à ces dernières années la cystite tuberculeuse ayant été confondue avec les autres cystites douloureuses, il est difficile de démêler les cas.

D'après les chirurgiens anglais elle ne fut érigée en traitement qu'en 1850 par William Parker de New-York. Celui-ci posait en règle qu'il fallait la pratiquer : 1° Dans toutes les cystites qui résistent aux traitements ordinaires ; 2° Qu'une affection rénale n'empêchait en rien cette intervention ; et 3° qu'il semble que l'opération est plutôt indiquée par l'état général du malade que par les symptômes des urines. Depuis cette époque le nombre d'observations a augmenté et a prouvé de plus en plus le fait exact du traitement.

Hartmann dans sa thèse rapporte un grand nombre d'observations où l'ouverture de la vessie a presque toujours été suivie de résultat favorable. Il arrive néanmoins à trouver des cas, peu nombreux, qui font exception à la règle.

Ainsi Hodje a fait la kolpo-cystotomie, et les douleurs n'en disparurent pas. Cela tient certainement, soit à une affection para-vésicale ou à un état réflexe.

Le traitement palliatif chirurgical consiste, soit en une dilatation du col vésical, soit dans la formation d'une fistule périnéale ou hypogastrique, chez la femme dans la création d'une fistule vésico-vaginale.

Dilatation du col de la vessie. — Très ancienne elle a été reprise par Bertraudi, Rivière, Boerhaave et Thompson.

Faite avant la découverte du chloroforme par des éponges préparées ou de la laminaire, elle était tombée dans

l'oubli pendant un certain temps. Elle a été remise en honneur après la découverte du chloroforme.

Chez la femme le col étant plus accessible, le manuel opératoire est plus facile. La dilatation a été pratiquée par un petit spéculum (Simon de Nancy). Poidgin Téale se sert du dilateur de Weiss. Heath se sert de son doigt. Duplay a employé pour la première fois le dilateur à mandrin de M. Guyon, dilateur qui est décrit dans la thèse de Hartmann. Hégar se sert de ses mandrins qui produisent une dilatation graduelle. Le dilateur de Trippier est très commode, et produit de très fortes dilatations.

L'urèthre de la femme étant très dilatable on n'a pas besoin de faire de débridements latéraux, quelquefois le méat seul résiste. Un petit coup de bascule prévient cette résistance.

Les résultats cliniques sont presque nuls. Les femmes sont soulagées pour quelques jours tout au plus, puis les douleurs reviennent aussi fortes qu'au commencement.

Chez l'homme la dilatation du col n'est pas aussi facile que chez la femme. Malgré toutes les inventions qu'on a faites pour le perfectionnement des cathéters pouvant dilater le col, tel que celui de Tillaux, cette opération ne se fait pas aussi bien que lorsqu'on fait une boutonnière à l'urèthre membraneux.

Dilatation du col par la boutonnière péritonéale.

On avait déjà depuis longtemps pensé à soulager les cystites douloureuses par la taille périnéale. Philipp, 1803,

Blizard 1806, Guthrie, et d'après Jonas, Bouchardat en 1806, aurait tenté ce traitement dans le but de calmer la douleur. Ce n'est que Thompson qui le premier a pratiqué de parti pris la boutonnière dans les cystites douloureuses. Vincent est de même partisan de la dilatation cervico-urétrale par une boutonnière périnéale de préférence à la taille proprement dite, parce que celle-ci est beaucoup plus grave que la première. Boymond accepte les idées de son maître Vincent.

Voici comment Thompson pratique cette opération (Trad. Jamin, 1886).

Le malade est mis dans la position de la taille et anesthésié. Un cathéter de moyen calibre à petite courbure, présentant une rainure large et profonde, est introduit par l'urètre et maintenu par un aide. Le chirurgien étant assis, introduit dans le rectum son index gauche, de façon à reconnaître avec l'extrémité du doigt la position du cathéter cannelé, et à laisser ce doigt appuyé sur le bec de la prostate pour servir de guide. Avec un bistouri long, étroit et à dos droit, il incise alors verticalement la peau et le tissu cellulaire sur le raphé médian, dans une étendue de 3 centim. $1/2$. Il enfonce ensuite horizontalement le bistouri, le bord coupant tourné en haut à la partie inférieure de l'incision, exactement au devant de la face antéro-supérieure du rectum et parallèlement à celle-ci. Il dirige alors la pointe dans la rainure du cathéter. Le contact étant nettement établi, il incise dans une longueur de 10 à 12 millimètres. Dans la cannelure du cathéter est engagée la pointe terminale du gorgeret qu'on enfonce à ce moment le long de l'urètre jusque dans la vessie. Le

cathéter est retiré et le long du gorgeret maintenu de la main droite, l'index gauche est lentement et doucement introduit au travers du col vésical. Il explore la cavité vésicale et dilate le col en même temps.

M. Guyon a modifié un peu ce procédé. Le malade est préalablement anesthésié et placé dans la position de la taille. Il a été baigné, rasé et lavé soigneusement. Le chirurgien passe une bougie arrivée à travers l'urèthre du malade, visse un cathéter cannelé sur elle. Ce cathéter est introduit dans l'urèthre à la suite de la bougie ; celle-ci a l'avantage de la guider, et de plus en assure la fixation, de sorte qu'on est moins à la merci de l'aide qui le tient. Le cathéter en place, on incise la ligne médiane du périnée, sur une longueur de 2 centimètres et demi, s'arrêtant en arrière à la limite des plis rayonnés de l'anus. Deux petits débridements latéraux sont alors faits un peu en avant de l'extrémité postérieure de l'incision de façon à la transformer en une sorte d'incision en T à branches transversales très courtes. On incise alors lentement couche par couche, jusqu'à ce qu'on arrive à la cannelure du cathéter, mettant et remettant le doigt dans la plaie pour s'assurer de sa situation. Le doigt pourra être aussi de temps à autre introduit dans le rectum afin de ne pas abandonner sa paroi antérieure et d'arriver en la suivant jusqu'au cathéter. Lorsqu'on sent le cathéter on se prépare à inciser l'urèthre. Mais avant de le faire il est bon de s'assurer qu'on est bien au niveau de la gorge de la cannelure du cathéter, et pour cela il faut successivement sentir les lèvres droites et gauches qui bordent la rigole. C'est alors seu-

lement qu'on ponctionne l'urèthre avec le bistouri, bien sûr d'arriver ainsi au fond de la rainure du cathéter. La ponction faite est agrandie, soit directement avec le bistouri sur le cathéter resté en place soit sur une sonde cannelée introduite par l'orifice de la ponction, et à l'aide de laquelle on tend, en le soulevant, la paroi uréthrale. Le dilateur réuni au plus petit mandrin, est conduit par la plaie uréthrale dans la cannelure du cathéter, on s'assure bien du contact, et l'on glisse le dilateur jusque dans la vessie. La virole qui fait corps avec le manchon dans lequel sont introduits successivement des mandrins de diamètre progressivement croissant est maintenue entre le pouce et l'index gauche, pendant que le médius, placé entre la virole et la plaie empêche le dilateur d'enfoncer trop profondément. C'est là une précaution nécessaire, l'appareil subissant quelquefois de véritables poussées lors de l'introduction un peu difficile du gros mandrin. La dilatation peut être portée à 20 millimètres. Le doigt est alors introduit dans la plaie, explore la vessie et peut même, si l'on veut faire effort contre la périphérie du col, augmenter aussi la dilatation.

Celle-ci terminée, l'absence de lésions autres que celles de cystite constatée, on fera dans la cavité des injections modificatrices, huile iodoformée, solutions fortes de nitrate d'argent, etc., etc., suivant le cas. On place ensuite une sonde en caoutchouc n° 25 à demeure, qu'on fixe, et on attend que l'urine s'en écoule.

Les deux procédés que nous venons de décrire sont une modification de la taille périnéale, en ce sens que la prostate au lieu d'être incisée par le lithotome est seulement

dilatée. Cette dilatation qui amène une parésie momentanée du col de la vessie laisse écouler librement l'urine et laisse aussi au repos la vessie. La marche de la maladie n'est pas pour cela arrêtée. Le soulagement est donc produit par le libre écoulement de l'urine et l'inactivité de la vessie.

Sur 43 cas de dilatation avec fistule périnéale recueillis par Hartmann nous trouvons quatre cas de tuberculose vésicale, et trois autres que nous avons trouvé dans les auteurs.

1° Tuberculoses rénales et vésicales, douleurs intenses.	Cessation de douleurs. Mort 12 jours après.
2° Cystite tuberculeuse.	Aucun résultat.
3° Cystite tuberculeuse.	Amélioration maintenue un an après.
4° Cystite tuberculeuse douloureuse.	Cessation de la douleur. Mort 3 mois après de lésions tuberculeuses.
5° Obs. de Verneuil. Cystite tuberculeuse.	Aucune amélioration. Mort 8 mois après de tuberculose rénale.
6° Watson (<i>Boston M. T. S. Jour.</i> , 1888). Cystite tuberculeuse.	Grande amélioration pendant trois mois. Mort par tuberculose générale.
7° Zielewicz (<i>Arch. f. Klin chirurgie</i> , 1888). Cystite tuberculeuse.	Grand soulagement. Mort d'urémie, tuberculose du rein droit.

Nous voyons par ce tableau que sur sept cas de cystites tuberculeuses traitées par la boutonnière périnéale il y a eu 5 soulagements, 71,4 pour 100 et deux dans lesquels il n'y a eu aucun résultat. Malgré cela M. Guyon n'est pas par-

tisan de cette opération, et préfère la taille hypogastrique.

Il dit page 826 (*cystite douloureuse*) : « La dilatation du col a été beaucoup vantée par certains chirurgiens, surtout en Angleterre. Je n'y ai recours que dans les cas où l'indication opératoire était bien établie, et je n'ai pas eu à m'en louer. Elle n'a procuré absolument aucun soulagement, ou elle n'a donné qu'une amélioration passagère et très insuffisante. Je suis donc très disposé à penser que la dilatation n'a fourni de bons résultats que dans les cas moyens et petits où la guérison aurait probablement pu être obtenue sans elle. J'ai en tout cas droit d'affirmer qu'elle est insuffisante pour les cas graves où je l'ai vu échouer surtout chez la femme ».

Kolpo-cystotomie ou taille vésico-vaginale. — L'idée d'ouvrir chez la femme la vessie par le vagin est déjà fort ancienne, mais ce n'est qu'à partir de 1861 qu'Emmet pratiqua de parti pris cette opération. Il était très circonspect et dit : « On donne un surcroît de travail aux reins « déjà désorganisés, d'où urémie rapidement mortelle ».

Plus tard Le Dentu s'exprime ainsi : « Dolbeau dans ses cliniques, s'est rallié au principe de cette opération. Nous le croyons de notre côté parfaitement acceptable, mais à condition que l'on ne perde pas de vue les lésions rénales, a peu près constantes dans une période avancée de la maladie, qui ne peuvent manquer de la rendre fort périlleuse ».

Dans tous ces cas nous voulons bien admettre qu'à l'infection tuberculeuse peut venir encore s'ajouter l'infection ascendante. Mais lorsque la vie de la malade est deve-

nue insupportable il faut bien s'autoriser des quelques chances qui restent de la formation d'une fistule de la paroi vésico-vaginale.

Bozemann en 1883 conseille d'exciser une portion de la paroi vésico-vaginale de la grandeur d'un demi dollar (deux francs), cette idée n'est pas admise par Emmet, qui craint le peu de distance des uretères, il préfère suturer la muqueuse vésicale à celle du vagin. Pallen se sert du thermo-cautère et Byone du galvanocautère. Hartmann conseille son cathéter à cannelure perforée, et l'incision par le bistouri.

On peut se passer de cet instrument lorsqu'on a sous la main deux longues pinces de Péan qu'on introduit par l'urèthre, qu'on serre à 2 centimètres l'une de l'autre. On incise entre les deux pinces, on suture les deux muqueuses. On retire les pinces, et on évite ainsi tout écoulement sanguin. L'ouverture une fois établie on fait passer un gros drain en caoutchouc dans la vessie, qu'on suture à la plaie par un crin de Florence, ou un fil d'argent pour l'empêcher de glisser. Cette fistule doit être maintenue tant qu'on voit que les douleurs persistent.

On craignait jadis d'arriver à ce moyen extrême et de crainte de voir persister une fistule vésico-vaginale qu'on croyait incurable. Mais aujourd'hui la guérison de la fistule vésico-vaginale est une affaire sûre, grâce aux différents procédés, et surtout celui de Marion Sims. Certainement on ne fera l'incision vésicale que si tous les moyens restent sans effet, mais on donnera à l'incision la dimension nécessaire pour assurer l'écoulement complet de l'urine pour qu'elle ne puisse stagner nulle part.

La kolpo-cystotomie a donné, ainsi que la boutonnière périnéale chez l'homme, de bons résultats dans la cystite douloureuse.

Hartmann cite deux observations de cystite tuberculeuse dans lesquels la kolpo-cystotomie fit cesser les douleurs.

Nous n'avons malheureusement pas d'observations personnelles sur ce sujet, et nous nous rapportons à la statistique de M. Hartmann.

Taille. — Au lieu de faire seulement une boutonnière périnéale et dilater, le col de la vessie ce qui est quelque fois un peu difficile lorsque la prostate est très développée, Parker a imaginé d'inciser la prostate de même qu'on le fait pour retirer un calcul par la voie périnéale. Avant lui Blizard en 1806 avait déjà fait la cystotomie. Fergusson croyait ainsi faire la section du plexus nerveux et des parties irritables. Depuis elle a été faite mainte et mainte fois. On a employé tous les procédés, taille médiane prérectale latérale et bilatérale. En Angleterre, elle est toujours en vogue depuis que Thompson l'a érigée en méthode opératoire.

En France, M. Guyon est partisan de la taille hypogastrique avec persistance temporaire d'une fistule pour l'écoulement libre de l'urine. Dans cette taille on sectionne complètement le muscle vésical, et obtient ainsi le repos de la vessie ce qui n'est pas le cas dans la taille périnéale où le muscle vésical reste intact.

Dans le traitement curatif nous verrons que la taille hypogastrique est de beaucoup préférable, non seulement chez l'homme, mais aussi chez la femme. Le procédé pour

exécuter cette opération est décrit partout. Nous devons seulement observer qu'après avoir placé le ballon de Petersen il est bon de ne pas trop distendre la vessie, moins encore que dans la cystite douloureuse non tuberculeuse. La vessie ayant déjà perdu son élasticité, et étant en plus ramollie en différents endroits, pourrait très facilement se rompre et produire des accidents mortels.

Retarder la cicatrisation, supprimer pour longtemps la fonction vésicale, entretenir la fistule hypogastrique, et calmer, tant que celle-ci persiste, la douleur vésicale.

Hartmann cite quatre cas de cystite tuberculeuse traités par la taille périnéale, trois fois les malades ont été soulagés pour longtemps, mais sont morts de l'évolution tuberculeuse.

La taille hypogastrique nous paraît beaucoup plus indiquée, vu les bons résultats palliatifs, que la taille périnéale, le champ opératoire étant plus grand.

Quand faut-il préférer l'un ou l'autre des deux procédés? Selon nous, tant que la vessie est dilatable et la prostate plus ou moins saine, nous donnons la préférence à la taille hypogastrique. Dans les cas contraires lorsqu'on a une vessie très contractée, une prostate altérée, abcédée, et des lésions viscérales étendues, il faut agir par le périnée.

Avant de terminer le traitement palliatif, nous voulons citer le procédé d'Agnew, qui voulant résoudre complètement le problème, propose pour préserver complètement la vessie du contact de l'urine, de suturer les uretères à la paroi abdominale. Il dit : « dans les cas de cystite

chronique rebelle, j'ai cru qu'on pourrait rendre la vie supportable en séparant les connexions des uretères avec la vessie, et en ramenant au dehors de la paroi abdominale les uretères, établissant ainsi dans la région iliaque ou dans la région lombaire une fistule pour faire dériver (Diverting) l'urine de la vessie. Cette voie d'écoulement pour l'urine ne permet pas d'objections, car l'expérience a été faite sur deux personnes de Philadelphie, porteuses de fistules urinaires à la suite d'accidents. De ces deux personnes l'une pouvait vaquer à ses affaires en s'entourant le corps d'une bande roulée qui absorbait l'urine. Si la fistule avait un siège favorable on aurait pu y adapter un urinal ».

Cette manière de voir du Dr Agnew a été adoptée dans les cas de pyonéphrose, où l'on fait la néphrotomie au lieu d'aller chercher les uretères dans le ventre.

TRAITEMENT CURATIF

Lorsque l'affection tuberculeuse paraît par les symptômes fonctionnels et rationnels siéger uniquement dans la vessie (cystite tuberculeuse primitive de Tapret), et que les autres organes environnants paraissent être sains, ou lorsque l'infection n'a atteint qu'en partie les organes génitaux, une intervention curative peut être tentée. L'intervention chirurgicale soulevée par bien des personnes compétentes a fait hésiter un certain temps les chirurgiens. On était encore imbu des idées anciennes.

Jusqu'au milieu du siècle passé régnait encore l'idée d'Hippocrate (*opera omnia graece et latine*, Van der Linden, 1665) que tout traumatisme de la vessie entraînait la mort. Très peu de personnes, parmi eux Celse (*de medicina*) admettait que de petits traumatismes pouvaient guérir. La première opération faite sur la vessie est celle de Parcival Pott (*opera de chirurgiæ*, Bassano, 1794). Il enlevait une partie de la vessie qui s'était étranglée dans l'anneau inguinal. Roux, sans connaître ce cas, fit en 1857 (*Elém. de path. chir.*, Nélaton) la même opération; le cas se termina fatalement.

Ainsi les opérations tentées sur la vessie sont assez anciennes, mais les cas pour tuberculose sont encore fort modernes, ce n'est que depuis l'antisepsie chirurgicale que de pareilles opérations ont été tentées chez des tuberculeux.

L'intervention chirurgicale radicale dans les affections tuberculeuses a été depuis longtemps très discutée.

Dans une apologie de la chirurgie moderne que fait M. Bouchard à la première session (1888) du congrès de la tuberculose, il s'exprime ainsi : « Les résultats ainsi obtenus, déposent unanimement en faveur de l'excellence d'une thérapeutique locale... Ainsi, le départ des maladies entre la médecine et la chirurgie, tel qu'on le concevait autrefois, subit une modification profonde. Le chirurgien n'avait à soigner que les traumatismes et les maladies des parties extérieures et superficielles. Il y a longtemps qu'un barbier hardi s'est emparé de la vessie; la chirurgie ne s'occupait de viscères que lorsqu'une hernie les rendait superficiels ; aujourd'hui

elle va les saisir dans les profondeurs des cavités. Son domaine s'étend, parce que l'antisepsie a presque supprimé les limites de son action, parce qu'elle arrive à porter partout le remède sur le siège du mal... » M. Verneuil n'est pas de cet avis, et au Congrès de Chirurgie de 1889 (III^e session) il divise en trois catégories les résultats immédiats obtenus dans les opérations des tuberculeux, c'est-à-dire pendant les deux premiers mois qui suivent l'opération. Pour lui il y a les bons (succès opératoires), médiocres, nuls ou mauvais. Les bons résultats s'obtiennent en plus grand nombre aujourd'hui que jadis, mais il faut savoir, dit-il, que déjà autrefois on avait remarqué que dans ces cas les résultats n'étaient pas trop mauvais ; les opérations chez les tuberculeux fournissaient jadis un contingent bien moindre de septicémies, de pyoémies, d'érysipèles, de tétanos que les autres opérations. Aujourd'hui les optimistes le disent ; on a toujours de bons résultats immédiats lors des opérations chez les tuberculeux. Eh bien, M. Verneuil n'est pas du tout de cet avis. Très souvent, après l'opération, il persiste des fistules, et alors le résultat est médiocre. Très souvent aussi, il y a *statu quo*, récidive en la même place ou ailleurs.

D'autre part les faits de tuberculose généralisée à la suite d'une opération même minime, pratiquée chez des tuberculeux, quoique fréquents sont pourtant des exceptions de la règle, et se rencontrent surtout lorsque l'opération a été faite trop tard, et que le rein et les poumons étaient infectés. Lorsque dans ces cas il existe plusieurs lésions tuberculeuses viscérales, l'ablation d'une lésion locale périphérique peut souvent augmenter la lésion pul-

monaire, comme l'a très bien montré M. Trélat. De même Terrillon n'est pas partisan de la castration lorsque les lésions sont multiples. Il en est de même pour la vessie. Mais lorsque la tuberculose est localisée dans la vessie, ou qu'il y a seulement une petite lésion testiculaire concomitante, le malade ne peut bénéficier que d'une intervention qui lui enlève le foyer infectant.

M. Guyon a déjà dit en 1885 que lorsque la tuberculose est localisée, l'on sait que l'intervention en pareille circonstance, loin de retentir d'une manière fâcheuse sur l'état général, améliore cet état, et peut, quelquefois, amener la guérison du malade. Mais ce n'est pas tout, l'expérience a en outre démontré que les généralisations post-opératoires ne se manifestaient que lorsqu'elles étaient imminentes au moment où le chirurgien est intervenu, c'est-à-dire lorsque le malade présente déjà le symptôme fièvre.

La fièvre est donc le meilleur symptôme, car tant que la tuberculose est localisée uniquement dans la vessie, le symptôme fièvre fait toujours défaut.

La conclusion à tirer de ce fait c'est que le petit nombre de malheureux où l'acte chirurgical paraît aggraver la tuberculose, n'effacera jamais les services qu'il rend à la grande majorité, même si ce n'est que temporairement. Il faut donc attaquer la tuberculose dans la vessie et ne jamais désespérer d'un tuberculeux qui ne l'est que par sa vessie.

L'idée d'attaquer directement la lésion tuberculeuse de la vessie ne date que de 1882. Mussey fit construire une curette spéciale. Depuis les procédés ont été modifiés. Ainsi

en premier lieu M. Guyon après avoir ouvert la vessie par la taille hypogastrique cautérise la muqueuse par le thermo cautère. Le Dentu emploie la curette, Brohl extirpe toute la muqueuse et Heidenreich toute la vessie.

Le procédé le plus ancien est celui de M. Guyon.

Après avoir ouvert la vessie par la voie hypogastrique on relève les deux bords de la vessie par les fils suspenseurs. On introduit à la partie supérieure une valve de Lims et on peut par la lumière d'une lampe électrique éclairer toute la muqueuse vésicale.

M. Albarrau a fait modifier d'une bonne manière cette valve en y faisant fixer en son milieu une lampe électrique munie d'un réflecteur. Par ce procédé l'opérateur n'est pas gêné dans ses mouvements par l'aide qui tient l'ancienne lampe électrique. Le thermo cautère. Pacquelin chauffé, on touche toutes les parties qu'on croit suspectes avec cet instrument aussi profondément qu'on le croit nécessaire. On repasse alors une solution à 5 pour 100 d'acide phénique et on peut saupoudrer ou toucher toute la plaie avec de l'éther iodoformé. La plaie abdominale est traitée comme dans la taille de Franco par les procédés ordinaires, c'est-à-dire le drainage à double courant, et le pansement à l'iodoforme.

Depuis que M. Guyon a imaginé ce procédé opératoire il a trouvé partout beaucoup d'imitateurs.

Les autres procédés ne sont que des modifications de celui que nous venons de décrire.

Au lieu d'employer le thermo cautère on a employé la curette de Volkmann.

D'ailleurs le professeur Guyon, qui le premier a fait la

taille hypogastrique dans la tuberculose de la vessie, et a appliqué la cautérisation de la muqueuse, ne l'a faite qu'en raison du peu de profondeur des lésions.

Voici en résumé comment se fait cette opération d'après Reverdin :

Le malade endormi, et la région opératoire rasée et lavée à l'acide phénique, une sonde d'étain ou d'argent n°18, ou 20 est introduite dans la vessie ; la vessie vidée est remplie par environ 400 grammes de solution boricquée tiède à 4 pour 100. Incision sur la ligne blanche partant un peu au-dessus du bord supérieur de la symphyse et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; (mesure très défectueuse parce que la distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne diffère selon les différentes personnes, et on s'expose ainsi facilement à ouvrir le cul-de-sac péritonéal. Il vaut mieux compter à partir de la symphyse et laisser l'ombilic tranquille. On sectionne sur la ligne blanche la paroi abdominale et en refoulant la graisse sous-péritonéale on arrive sur la vessie ; le pavillon de la sonde est alors abaissé. On sent le bec de la sonde à travers la paroi vésicale, on passe un fil de soie de chaque côté du bec, fils qui serviront à soulever la vessie. On coupe la paroi entre les deux fils sur le bec de la sonde. On écarte l'incision, on introduit un spéculum de Simon à la partie supérieure de l'incision, et on éclaire la cavité vésicales avec une petite lampe électrique introduite dans la vessie. On racle la muqueuse avec la curette et on peut se guider sur les sensations du doigt pour compléter le curettage. L'hémorrhagie est minime. Pour plus de sûreté on cau-

térise énergiquement les points qui ont paru malades.

On suture les bords de la plaie verticale avec la peau. On introduit deux tubes de caoutchouc rouges d'un mètre de long, du volume du petit doigt, et pourvus d'un œil près de leur extrémité, et on les fixe à la peau. La plaie est garnie de gaze iodoformée, recouverte de ouate benzoïque, et d'une feuille de gutta-percha.

M. Reverdin nese sert pas du ballon de Peters en ce qui simplifie l'opération.

Dans le cas qu'il a opéré la plaie avait suppuré, et malgré cette suppuration et la fièvre, son malade a guéri, mais a gardé pour un certain temps une très petite fistule pour laquelle il lui a refait une seconde opération. Le malade a guéri.

Plusieurs opérations pareilles ont été tentées. Avant Reverdin, Iversen en 1885 avait déjà fait cette opération, mais sans avoir pensé à la tuberculose. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'il reconnut qu'il était en face d'une tuberculose urinaire. Il ne publia son observation qu'en 1887.

1	Schatz	Central blatt f. Gynéc 1886.	Cystite tuberculeuse F.	Taille hypogastrique résection partielle de la vessie	Amélioration. Sort ultérieur pas indiqué
2	Iversen	Centrab. f. chirurgie, 1887.	Cystite tuberc. F. 19 ans.	Râclage vésical T. hyp. et résect. partielle de la ves.	Mort. Suite de tuberculose du rein. Absès pré-vésical.
3	Eigenbrodt	Deutsche Zeitschr. f. chirurgie 1888.	Cystite tuberc. H. 30 ans.	Taille hypog. Râclage et cautéris. le 12 juin 1886.	Guérison. Cinq mois après le malade avait encore parfois des douleurs.
4	Idem	Idem	Cystite tuberc. H. 30 ans.	Taille hypog. Râclage cautéris.	Le 29 sept. de tub. généralisée, Mort.
5	Guyon	Congrès fr. chirurgie 3 ^{me} session, 1888.	Cystite tuberc. H. 24 ans.	Taille hypog. Applic. directe d'huile iodoformée.	Guérison.
6	Idem	Idem	Cystite tuberc. H. 40 ans.	Taille hypog. Curage et cautér.	Mort. Il persiste un peu de cystite.
7	Poucet	Gaz. mé ^l . de Paris, 1888.	Cystite tuberc. héréd. H. 14 ans.	Taille hypogast.	Mort. Tub. rénale.
8	Roux	Ann. der. org. génito-urinaires 1889.	Cystite tuberc. H. 27 ans.	Tailles hypog. Râclage cautér. au Pacquelin.	Persistance d'une fistule.
9	Reverdin	Ann. des mal. des org. génito-urinaires 1889.	Cystite tuberc.	Taille hypog. Râclage cautéris.	Guérison.
10	Guyon	4 congrès de chirurgie homme de	Cystite tuberc.	Idem.	Mort. Généralisation.
11	Bardenhauer	Brohl Wien. méd. Wochenschrift 1889.	Cystite tuberc.	Taille hypog. excision de la muqueuse.	Amélioration passagère. Mort de généralisation de la tuberculose.

Schatz en 1885 fait de même cette opération sans diagnostic préalable, et ne trouve le tubercule que dans les produits râclés. Eigenbrodt à la clinique de Tredelenburg recueille 2 cas opérés seulement pour l'intensité des douleurs. Ce n'est que M. Guyon qui fait comme

nous l'avons dit la taille hypogastrique sur diagnostic certain. Il est suivi par Poncet, Roux, Reverdin, etc.

Quant aux résultats opératoires, ils ne sont pas décourageants. Car sur 11 malades opérés d'après ce procédé six sont morts de généralisation de la tuberculose, probablement parce qu'ils avaient été opérés trop tard. Trois ont été soulagés, et cela pour un temps plus ou moins long, et deux ont été complètement guéris sans retour de symptômes douloureux.

Chez l'homme on est obligé pour faire le curettage de la vessie de faire la taille hypogastrique. Le Dr. Madden de Dublin qui faisait cette opération chez la femme par la fistule vésico-vaginale a abandonné la colpo-cystotomie en raison de la difficulté qu'on a à tenir la fistule ouverte jusqu'au retour complet de l'état normal de la vessie, de l'irritation causée par cette fistule, et de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à fermer cette fistule quand elle a persisté. Il passe directement par l'urèthre qu'il dilate préalablement avec le doigt, pénètre avec la curette par cette voie, et détruit ainsi complètement les fongosités. Il termine en appliquant de la glycérine phéniquée. Ce traitement répété deux ou trois fois par semaine, amène, dit-il, une guérison radicale. La douleur est calmée par une application de cocaïne à 10 pour 100.

L'excision de la muqueuse vésicale, ainsi que la résection complète de cet organe, n'avait pas encore été faite sur l'homme vivant. Bardenhauer essaya de la faire sur le vivant, et eut de bons résultats.

Bardenhauer fit quatre cystotomies dont une chez un enfant tuberculeux urinaire. Voici en résumé son procédé.

La peau au lieu d'être incisée sur la ligne blanche, sur une longueur de 10 à 12 centimètres à partir de la symphyse pubienne, est sectionnée transversalement. Il fait une incision semi-lunaire à concavité supérieure allant du tiers externe du ligament de Poupart droit, au tiers externe du même ligament du côté opposé. Il incise la peau, les muscles et le tissu cellulaire et arrive obliquement sur la vessie qu'il reconnaît à la coloration jaunâtre de ses fibres musculaires.

Par ce procédé il est difficile de reconnaître le cul-de-sac péritonéal, mais cela est facilité par la distension de la vessie. Le liquide qu'il emploie est une légère solution d'acide salicylique.

Il fait une résection partielle de la symphyse pubienne, ouvre la vessie transversalement et fixe ses bords. Pour mieux explorer l'intérieur de la vessie on introduit un spéculum de Simon, et avec de bons ciseaux et des pinces on excise complètement la muqueuse vésicale. On suture la plaie vésicale et la plaie extérieure est bourrée de gaze iodoformée.

Helfreich avait ajouté à l'incision transversale une incision longitudinale, de manière à donner à cette incision la forme d'un T renversé. Il abandonna plus tard cette incision longitudinale. La cicatrisation se fait très bien, et on n'a pas à craindre, d'après cet auteur, une éventration ultérieure.

Si l'on veut découvrir complètement la cavité vésicale il faut y ajouter la résection partielle des symphyses pubiennes.

Ainsi voyons-nous retrancher de l'organisme une gran-

de partie d'un viscère si important et avec des résultats parfaits. Cela encourage dans des cas de tuberculose vésicale primitive à tenter une opération, qui la plupart du temps palliative, peut néanmoins donner des effets curatifs merveilleux, capables d'enrayer la tuberculose et de prolonger la vie d'un être voué à une mort certaine.

Le procédé de Bardenbauer, quoique très attrayant nous paraît d'une exécution très difficile.

La dissection de la muqueuse vésicale, faite même sur le cadavre est mal aisée.

Les connexions de la muqueuse avec le corps de la vessie ne sont pas très intimes, c'est vrai, mais du côté du col une dissection complète est pleine de difficultés. Celle-ci est tellement unie dans cette partie, qu'elle ne se sépare presque pas du col vésical, à plus forte raison lorsque cette partie est malade. Les altérations dans la tuberculose siégeant en général en cet endroit c'est cette partie de la muqueuse qu'il faut donc détruire, et cela ne s'obtient que par la curette tranchante et le fer rouge.

Réflexions. — Si nous envisagions à présent d'une manière générale le traitement de la cystite tuberculeuse au point de vue médical et opératoire, nous sommes de cet avis que le traitement chirurgical doit être toujours précédé d'une assez longue période d'un traitement médical. Il faut préparer l'organisme tuberculeux à subir un choc opératoire, sans qu'il soit exposé à une généralisation de sa maladie. Cela s'obtient par un bon traitement médical, hygiénique, spécifique et reconstituant. Le meilleur est

encore la créosote et l'iodoforme administrés à fortes doses jusqu'à saturation complète de l'organisme.

M. Verneuil a remarqué que dans ces conditions on a beaucoup plus de chance de réussir, que si l'on s'adressait directement aux méthodes opératoires, sans traitement médical préalable.

Nous croyons que si, dans les cas avérés de tuberculose vésicale sans envahissement du rein ou des uretères, on opère à temps opportun, on a beaucoup de chance d'arriver à une guérison qui peut se maintenir longtemps.

Dans la majorité des cas l'infection étant générale, le traitement médical doit être purement général. C'est encore celui-là qui donne les meilleurs résultats.

Par contre, lorsque la tuberculose est essentiellement localisée dans la vessie, et que les lésions sont encore jeunes et localisées dans la muqueuse, le traitement chirurgical peut alors certainement produire une guérison.

Il faut donc intervenir d'une manière précoce. Cela a été prouvé par un cas de M. Guyon, l'unique qui ait guéri dans son service. La limite à établir entre les cas opérables, et ceux qui ne relèvent pas du traitement chirurgical sont très difficiles à établir. On est donc obligé, tant que la douleur ne présente pas des exacerbations intenses de se restreindre au traitement médical, hormis la tuberculose primitive récente, qui pourra être diagnostiquée prématurément.

CONCLUSIONS

1° Les tuberculeux vésicaux doivent être soumis à des soins médicaux qui donnent toujours des résultats satisfaisants. L'iodoforme et la créosote occuperont la première place.

2° Agir sur la maladie locale avec beaucoup de circonspection, et ne pas abuser des lavages vésicaux, s'abstenir s'il est nécessaire de la sonde.

3° S'abstenir d'instillations et de toutes préparations argentiques.

4° Le traitement chirurgical peut donner de bons résultats quand l'affection n'est que purement vésicale, mais alors opérer aussi radicalement que possible.

5° Un rein suspect contre-indique tout traitement chirurgical curatif.

6° Avant d'opérer, saturer l'organisme d'iodoforme et faire suivre d'un régime tonique et reconstituant.

7° La taille hypogastrique est celle qui convient le mieux, associée au grattage et à la cautérisation profonde au fer rouge.

OBSERVATION I (personnelle).

Cystite tuberculeuse. Pyélo-néphrite et abcès de la prostate.
Traitement médical. Grande amélioration.

Ben... Gustave, âgé de 30 ans, gazier, entre le 20 avril 1888, salle Civiale, hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère jouissant d'une très bonne santé. Sa femme est bien portante.

Antécédents personnels. — Pendant son enfance il a été soumis à beaucoup de privations et a toujours été faible. Incontinence d'urine nocturne jusqu'à l'âge de 14 ans. En 1880 il eut deux blennorrhagies dont la première s'est compliquée d'épididymite gauche.

En 1885 il ressentit de forts maux de reins qui furent suivis de mictions très fréquentes. Les mictions n'étaient pas douloureuses et l'urine était claire. Cet état, qui avait duré plusieurs mois, était accompagné de fièvre et de sueurs nocturnes qui l'avaient obligé à cesser son travail.

En mai 1887 les douleurs rénales disparaissent ainsi que les mictions fréquentes, les urines restent toujours claires. Après une période d'accalmie le malade s'aperçoit le 9 avril 1888, que ses urines contiennent du pus et des masses concrètes. Aspermie, éjaculation sèche. N'a jamais eu de réelle hématurie, l'urine était peut-être colorée, un peu de rouge. Les mictions deviennent douloureuses.

État actuel. — Poumon induré au sommet. Le malade mange bien, mais porte l'habitus extérieur d'un tuberculeux.

Epididyme gauche indurée et bosselée. Prostate à un noyau dur à droite. Le rein ne présente rien à l'examen extérieur.

9 avril 1888. — Traitement tonique et santal.

12. — Le malade se porte un peu mieux.

20. — Les mictions se font toutes les heures. On lui fait des instillations de nitrate d'argent, quinze gouttes au niveau du col. Il ne les supporte pas, et les mictions deviennent de plus en plus douloureuses.

23 avril. — Nouvelle instillation.

30 avril. — Instillations et lavages à l'acide borique. On continue ce traitement jusqu'au 14 juin 1888.

14 juin 1888. — Les instillations et les lavages deviennent intolérables, tellement la douleur est forte.

10 juillet 1888. — Pyélo-néphrose et uréthrite à droite. La vessie devient plus douloureuse au contact et à la distension.

17 juillet. — Abscess de la prostate, qui s'ouvre dans le rectum et l'urèthre. Pansement pendant quinze jours, le foyer s'améliore.

14 novembre. — Examen bactériologique du dépôt urinaire fait reconnaître de nombreux bacilles de Koch. Nul doute qu'on se trouvait en présence d'une tuberculose génito-urinaire.

19 novembre. — On essaye les injections sous-cutanées de créosote à 1/20. Chaque injection est suivie de fièvre, la température monte quelquefois jusqu'à 40. On continue ces injections jusqu'au 12 décembre.

1^{er} octobre 1888. — Pyélo-néphrite à gauche. Douleurs uréthrales. Urines pyélitiques.

6 octobre. — Il ne perd plus de pus par le rectum, mais il perd en abondance par l'urèthre. Les douleurs rénales continuent, accompagnées de fièvre. Application de ventouses et de cataplasmes. Lavages vésicaux à la résorcine.

22 janvier 1889. — On lui donne du salol. Il ne le supporte pas, on commence à lui administrer en février de l'iodoforme.

Depuis cette époque le malade urine toutes les 45 minutes surtout la nuit. Quantité d'urine dans les 24 heures : 2 litres. La miction est toujours douloureuse. Depuis le mois de janvier les lavages ont été supprimés. On ne lui donne qu'un traitement général composé de :

Arséniate de soude, 0,01, iodoforme 0,01, créosote 0,03. Diascordium 0,03, poudre de benjoin 0, 1 pour une pilule. Il en prend 6 par jour.

A la suite de ce traitement et de la suppression des sondages et des lavages commence à se porter de mieux en mieux. Le dépôt urinaire contient toujours quelques bacilles.

Le 23 octobre 1887. — A partir de cette époque le malade

prend en plus 100 à 120 grammes de glycérine par jour, il gagne de l'embonpoint, mais les urines contiennent toujours du pus.

Il demande qu'on lui lave la vessie, le passage de la sonde provoque de fortes douleurs qui persistent longtemps après. On essaye de lui faire des lavages iodoformés sans sonde avec la seringue seule. Le malade les supporte très bien. Il continue toujours son ancien traitement.

Novembre 1889. — Le malade fait le service d'infirmier, il se soigne tout seul, se fait des lavages sans sonde avec la seringue. Les mictions deviennent moins fréquentes, il n'urine plus la nuit, l'urine contient toujours un peu de pus, qui ne tourmente pas le malade. Celui-ci a augmenté de huit kilos. Il se porte aussi bien que lorsqu'il n'était pas malade, mais il continue à rester dans la salle où il fait le service d'infirmier.

Cette observation présente ceci d'intéressant que le malade étant un tuberculeux avéré a passé par toutes les phases de sa maladie, et de quelque complications sans nécessiter une intervention. Le traitement général seul avec quelques lavages ont suffi de relever cet homme qui n'aurait certainement pas profité dans les mêmes mesures d'un traitement chirurgical. Les instillations ont aggravé son état, ce qui est en général la règle.

OBSERVATION II

Cystite tuberculeuse. Traitement médical. Amélioration.

Court, âgé de 36 ans, cultivateur. Jamais de blennorrhagie. A 21 ans étant soldat il s'aperçoit qu'il urine plus fréquemment et que son urine est mélangée à du sang. A cette époque un léger écoulement purulent indolore. Hématurie deux fois. Urinait toute

les deux heures le jour comme la nuit et souffrait à la fin de la miction.

En 1884 il a été soigné par des instillations de nitrate d'argent quatre ou cinq fois sans ressentir aucune amélioration. Depuis cette époque il a continué à travailler, tantôt bien tantôt mal, mais ces douleurs s'exaspéraient continuellement.

En 1886 nouvelle hématurie suivie de douleurs. Depuis cette époque il y a dans ses fonctions vésicales, hausse et baisse. Les urines deviennent troubles surtout vers la fin de la miction, contiennent des membranes, du sang, du pus et de nombreux bacilles de Koch.

Les poumons sont sains, il ne tousse pas, digère bien, son état général ne laisse rien à désirer.

Epididyme droite, gros noyau, dur, bosselé, épидidyme droite normale. Vessie douloureuse à 60 grammes. Prostate et reins sains. Miction toutes les demi-heures, avec grand dépôt muco-purulent.

Nous commençons un traitement médical le 19 juillet 1889.

Lavage à l'acide borique et à l'iodoforme, alternativement tous les jours. Iodoforme et créosote à l'intérieur un bain salé tous les trois jours.

Ce traitement est continué régulièrement pendant trois semaines. Le malade se sent beaucoup mieux. Il urine toutes les heures ou une heure et demie sans ressentir aucune douleur.

La distension de la vessie a augmenté jusqu'à 120 grammes.

Nous continuons ce traitement encore pendant un mois, le malade se sent tellement soulagé qu'il croit juste de ne plus revenir.

OBSERVATION III (personnelle).

Cystite tuberculeuse.

Louis Bih..., valet de chambre, 38 ans. Le 16 août 1889.

Pas d'antécédents héréditaires, jamais de blennorrhagie. Vers

la fin de janvier hématurie à la fin de la miction avec douleur. Urine trouble. Reins douloureux, mais on ne le sent pas au palper. Il tousse depuis 15 jours. Jamais d'hémoptysie. Miction toutes les deux heures, la nuit plus fréquemment que le jour. Vessie non douloureuse, se distend jusqu'à 220 grammes. Prostate grosse, dure et un peu bosselée à droite. Epididyme droite bosselée.

16 août. — Lavage borique et instillation d'acide lactique, 20 gouttes à 1/50.

Même traitement continué jusqu'au 7 septembre sans amélioration, malgré un traitement tonique concomitant le 8 septembre. Traitement général à l'iodoforme et créosote.

Lavages iodoformés tous les deux jours à la polyclinique.

Le 23 septembre. — Ce malade se sent mieux, on lui apprend à se faire des lavages tout seul. Il part dans le Midi pour passer l'hiver.

OBSERVATION IV (personnelle).

Cystite tuberculeuse.

Rous... Valéry, cocher, âgé de 29 ans. A eu à 24 ans la blennorrhagie.

Il y a deux ans hématurie, douleur après la miction, miction 6 à 7 fois par jour. Pyurie, hématurie avec caillots après la miction. Douleurs lombaires.

A été traité par la térébenthine, le santal et les lavages à l'acide borique.

État actuel. — Mictions très douloureuses, vessie sensible au contact, mais dilatable. Hématurie avec caillots, pyurie.

Dépôt urinaire contient des bacilles de Koch.

Prostate grosse, mais non bosselée.

Epididyme gauche, indurée, un peu bosselée.

2 août 1889. — Lavage à l'acide borique et injection de 30

grammes d'une solution de cocaïne à 3 pour 100. Le malade se sent très soulagé. Traitement tonique. Créosote et iodoforme. Il continue le même traitement jusqu'au mois de septembre. Il revient nous revoir très soulagé. Lavage de la vessie à l'iodoforme, et même traitement général, en plus huile de foie de morue. Le malade se porte bien, il ne pisse plus la nuit, 6 fois seulement dans la journée sans douleur. Nous n'avons pas pu faire l'examen bactériologique des urines.

OBSERVATION V

Cystite tuberculeuse.

Thuill... Arthur, employé, âgé de 30 ans, entre le 13 août, 1889, salle Civile.

Père mort d'anasarque, un frère souffre de la poitrine. Il a eu dans son enfance une affection articulaire qui fut guérie par ankylose. A 23 ans fièvre typhoïde. Il a eu quatre blennorrhagies. Syphilis à la même époque.

Il y a un an ayant eu des envies fréquentes d'uriner (toutes les heures), accompagnées d'hématurie, il prit quelques infusions réputées diurétiques. Tout s'était calmé lorsque trois mois après il fut repris d'un écoulement purulent urétral indolore.

M. Desnos trouve des bacilles de Koch dans l'urine. Il lui fait des instillations au nitrate d'argent pendant deux mois. Le malade est soulagé pendant un certain temps. Il suit en même temps un traitement général, et prend de la créosote, de l'iodoforme et de la térébenthine. Pourtant ressentant toujours des douleurs, on lui fait placer des suppositoires à la cocaïne, à la belladone, et à la morphine.

Le malade est encore d'une bonne constitution, ne tousse pas, rarement des sueurs nocturnes, jamais de fièvre. Miction tous les quarts ou demi-heures, douleur vers la fin, quelquefois des dou-

leurs spontanées, hématurie après les lavages. Vessie très sensible à la distension, elle supporte difficilement 60 à 80 grammes de liquide. Urines très troubles, sanguinolentes, grand dépôt muco-purulent et contenant un grand nombre de bacilles.

Prostate un peu volumineuse, on trouve une petite bosselure à droite. Epididyme gauche indurée, au niveau de la tête se trouve un petit kyste, mais le reste paraît bosselé et induré. Sperme strié de sang.

On l'a lavé par mégarde au nitrate d'argent avec la solution 1/500, cela a provoqué de très grandes douleurs, qu'on parvient à calmer avec une solution de cocaïne à 2 pour 100. Nous soumettons le malade à la créosote et iodoforme, et nous instillons de l'acide lactique, solution à 1/20 pendant plusieurs jours, qu'on fait après avoir bien lavé la vessie à l'acide borique à 4/100.

Le malade se sent un peu mieux, mais supporte difficilement le passage de la sonde pendant les lavages. Le contact de celle-ci dans la vessie est très douloureux, nous lui faisons alors le lavage sans sonde, de même que nous lui injectons une seringue, instillation entière d'une solution à 1/20 dans la vessie. Le malade se sent mieux depuis que nous avons supprimé la sonde. L'urine ne s'éclaircit pourtant pas, et le malade ennuyé de séjourner à l'hôpital nous quitte sans aucune amélioration promettant de suivre le traitement chez lui.

OBSERVATION VI

Cystite et épididymite tuberculeuses.

Jann..., représentant de commerce, âgé de 50 ans, se présente le 12 août 1889 à la consultation,

Plusieurs blennorrhagies (5 ou 6) qui se sont prolongées assez longtemps. A 45 ans écoulement urétral purulent, subit, non douloureux, peut-être tuberculeux ?

En avril 1888. — Mictions fréquentes, douloureuses vers la fin, se répétant toutes les demi-heures. Urines troubles, améliorées par la térébenthine. Un an après, c'est-à-dire en avril 1889, les phénomènes de cystites reparaissent, il y a quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Il urine tous les quarts ou demi-heures.

Il y a deux mois les douleurs de la vessie disparaissent, le testicule droit se tuméfie, et devient douloureux. Amélioration à la suite de la térébenthine.

Actuellement les mictions se font toutes les 3 ou 4 heures accompagnées d'un peu de douleur. Peu de dépôt purulent, dans l'urine, mais elle contient un grand nombre de bacilles de Koch.

Prostate normale, épидidyme droite très dure et bosselée, distension de la vessie douloureuse, pas de sensibilité au contact. Hématurie.

Traitement. — Créosote et iodoforme à l'intérieur. Lavage à l'acide borique pendant une semaine et cinq semaines de lavages iodoformés.

Il urine toutes les 2 ou 3 heures sans douleur, sans sang et sans pus. Nous n'avons pu réexaminer les urines au point de vue bactériologique. Le malade nous quitte avec la promesse de revenir nous dire s'il sentait son mal revenir.

OBSERVATION VII

Cystite tuberculeuse. Mal de Pott.

Grand.... Louis, 42 ans, employé de bureau.

Antécédents héréditaires nuls. Il n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 22 ans, ce n'est qu'en 1870 étant pompier, et en revenant d'une incendie il est pris d'une pleurésie droite qui dure 20 jours.

En 1877, il a ressenti des douleurs dans les jambes, premier signe du début de son mal de Pott.

En 1878, MM. Broca et Monod lui ouvrent un abcès du testicule gauche. En 1879 il ressent des douleurs lombaires qui l'empêchent de travailler. Il est resté dans un plâtre pendant 110 jours.

Il y a 18 mois le malade s'est aperçu que la miction devenait plus fréquente, mais non douloureuse, ce n'est que depuis deux mois que le malade a commencé à souffrir pendant la miction, la marche même lui devint impossible. L'urine commençait à se troubler. Il y a 15 jours première hématurie.

Il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Actuellement le scrotum porte une cicatrice d'abcès.

Epididyme droite bosselée portant un noyau très douloureux au toucher. Cordon normal. Prostate grosse, irrégulière, bosselée. Vésicule séminale gauche, porte un noyau au-dessus du col. Vessie très sensible au contact, même avec la sonde molle de manière qu'il ne la supporte pas du tout. Vessie sensible à la distension, sa capacité est de 50 grammes.

Miction toutes les 20 minutes, douleur au commencement de chaque miction, il se sent soulagé lorsque la vessie est vide. Quantité d'urine, 1600 grammes par jour, rougeâtre, mais contenant peu de sang. Dépôt purulent, 1 centimètre dans son vase. Bacilles de Koch.

Reins difficiles à palper, on ne les sent pas à cause de l'enfoncement du thorax, pourtant le rein droit paraît un peu sensible.

Appareil respiratoire ne présente pas d'altération appréciable à l'examen stéthoscopique, il ne tousse presque pas. Colonne vertébrale cyphotique à cause du mal de Pott de la onzième et douzième vertèbre dorsale et première lombaire. Pas de fièvre, quelquefois des sueurs nocturnes, peu d'appétit.

Le 26 octobre 1889, on le soumet de suite à un régime fortifiant, huile de foie de morue, iodoforme, créosote et arsenic.

Les lavages faits avec la sonde de Nélaton et la seringue sont

très mal supportés. Le malade se plaint qu'on le torture, tellement le passage de la sonde est douloureux. Nous sommes obligés d'abandonner la sonde pour nous servir de la seringue seule, que le malade supporte très bien. Nous lui faisons journellement des lavages à l'eau iodoformée pendant quinze jours et quelque fois des lavages boriqués. Le malade se sent amélioré. Les douleurs à la miction sont moins continues, la vessie est sensible, à 100 grammes, et le dépôt urinaire est descendu à moins que la moitié. Il demande à quitter l'hôpital, et revient nous voir de temps en temps à la consultation. L'état d'amélioration s'est maintenu et le malade suit toujours le traitement à l'iodoforme *intus et extra*.

OBSERVATION VIII

Boiffin, thèse d'Hartmann. Cystite douloureuse de nature tuberculeuse. Taille prérectale. Cessation des douleurs. Mort huit mois après. Résumée.

R... 28 ans, entre le 14 janvier 1886 dans le service de M. Verneuil à la Pitié, salle Michon, lit n° 5. Le début de son affection date de 1885. Ressent à cette époque de violentes douleurs rénales, et en juillet les mictions deviennent douloureuses. Sans troubles dans les urines.

Hématurie en septembre, en décembre, mictions douloureuses, le 14 septembre 1886 les douleurs vésicales deviennent intolérables.

Le 10 mars. M. Verneuil pratique la taille prérectale au thermocautère, dilatation du col et placement d'une sonde en caoutchouc.

Les envies d'uriner sont peu fréquentes, état général satisfaisant. Douleurs rénales qu'on attribue à une néphrite. Les douleurs lombaires augmentent, rales sibilants à la base du poumon.

En avril le malade pâlit, maigrit, le sommet du poumon est

envahi par la tuberculose, sueurs nocturnes. Fièvres vespérales amaigrissement notable. Mort le 16 novembre 1886.

A l'autopsie tuberculose généralisée. Reins complètement envahis. Abscès rénal communiquant avec un large abcès du muscle psoas et descendant le long de la colonne vertébrale. Le bassin était envahi par le pus. L'Uretère gauche détruit. La vessie ratatinée, ferme, arrondie, épaisseur 8 à 10 millimètres. Grand nombre d'ulcérations tuberculeuses. Vésicules séminales, cordons spermaticques et testicules sains.

Dans cette observation, la tuberculose paraît avoir débuté par le rein, et la vessie n'a été affectée qu'ultérieurement. L'opération n'a donc pu être que palliative. On ne pourrait s'attendre à un autre résultat en pareil cas.

OBSERVATION IX

Thèse d'Hartmann.

Résumée.

Boul... Joseph, tisserand, âgé de 40 ans, entre le 6 juillet 1885, salle Saint-Vincent, lit n° 7.

Ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie. Il y a 10 mois il a commencé à souffrir dans la verge, puis hématurie, dernières parties sanguinolentes après la miction. A partir de ce moment mictions fréquentes, douloureuses et hématuries persistantes, avec quelques intermittences d'accalmie. Homme maigre, extérieur d'un tuberculeux. Miction toutes les dix minutes, élancements dans la verge. Urine contient un peu de pus et des petits caillots, urèthre antérieur sain, portion membraneuse, résiste au cathétérisme, on ne sent pas la prostate. La vessie est très petite, l'exploration est très douloureuse. Testicule gauche atrophié, épидidyme droit, légère induration. Les poumons, sauf un peu de submatité et

d'obscurité dans la respiration du côté droit paraissent être sains.

Le repos, les suppositoires, les révulsifs, injections de morphine, tout échoue.

23 juillet. — M. Guyon pratique la dilatation périnéale avec le dilatateur à mandrin. On place une sonde dans la plaie, lavage à l'eau boriquée, pansement iodoformé. Pas d'hémorrhagie, urine claire, mais peu abondante, un peu de douleur dans les reins.

Deux jours après on change de sonde, et on place une sonde à béquille, mais il faut l'enlever, les envies fréquentes étant revenues.

Le 1^{er} août. — On remarque qu'il y a une réelle amélioration depuis l'opération, l'urine passe par la plaie, soit par la verge. La miction se fait toutes les demi-heures. Le 15 août le malade quitte l'hôpital.

Personnelle. *Suite.*

Le malade est resté chez lui un mois sans travailler, il ressentait quelques fois de petites douleurs, mais supportables, l'hématurie revenait de temps en temps. Malgré cela il se portait très bien, avait bon appétit, il a même gagné de l'embonpoint qui a duré 2 ans. Il n'a jamais eu ni sueur, ni fièvre.

Au mois de septembre 1887 il ressentit une douleur derrière le scrotum pendant et après la miction ; il eut une hématurie intense avec évacuation de beaucoup de caillots. Ces tumeurs augmentaient de jour en jour de manière qu'il fut obligé de revenir à l'hôpital.

En hiver il eut un point du côté droit, douleur qui augmentait lorsque la miction ne se faisait pas bien. Lorsque la douleur se calmait le malade pissait du sang. Actuellement le malade est très maigre, pâle et anémique. Rien à la percussion, respiration rude au sommet droit. Rein droit un peu sensible. Pas de douleur à l'hypogastre. La miction est très douloureuse, urine sanguinolente, trouble et laisse peu de dépôt. Rien du côté des épидidymes

et des testicules. Prostate petite et présente une cicatrice. On lui a fait des instillations qui ont été excessivement douloureuses.

Le 2 août 1889. — Chloroformisation, lavage de la vessie à la solution de sublimé à 1 pour 1000. On y fait passer trois litres. Le malade a beaucoup souffert après ces lavages, malgré les injections de morphine, les urines sont très troubles.

Le 6 août. — L'urine s'éclaircit, mais les mictions sont toujours douloureuses. Nous lui instillons de la cocaïne qui le soulage beaucoup. L'urine est sanglante, mais elle contient moins de pus.

Le 12 août. — Le malade a très souffert de nouveau, nous lui injectons de nouveau 30 grammes de solution de cocaïne à 2 p. 100.

Le 13 août. — Il a souffert beaucoup la nuit, les membres se refroidissaient et il se produisait des accès de suffocation. Il a de la diarrhée qui est très fétide et ne peut rien avaler. Le malade découragé refuse toute espèce de nourriture. On lui administre un lavement nutritif au laudanum. L'état est désespérant.

15 août. — Mort.

Autopsie. — Aspect extérieur très maigre. Péritoine normal, rien dans l'excavation. Les ganglions prévertébraux augmentés de volume, mais d'aspect normal. Uretère droit dilaté de dimension de l'iliaque primitive (1 centimètre $1/2$). Rein droit abaissé déborde la crête iliaque de 5 centimètres. Vessie tout à fait revenue sur elle-même, est aplatie contre la face postérieure du pubis et ne fait pour ainsi dire aucune saillie dans le petit bassin. Rein gauche très peu abaissé, déborde à peine la crête iliaque, l'uretère est également volumineux. Foie gras, surtout par endroits. Cœur, volume normal, taches laiteuses, parois, couleur, épaisseur normales. Plèvre normale. Poumons normaux, emphysémateux par places, *pas un tubercule*; testicule gauche complètement atrophie, droit normal, canaux déférents, vésicules séminales et prostates absolument normales. Vessie, étant ouverte, est très petite, pleine de pus, parois épaisses ($1/2$ centimètre), à muqueuse parsemée de taches ecchymotiques comme dans les

cystites très intenses, çà et là des granulations très petites, mais pas d'ulcères. Rein droit (uretère à parois épaissies, violacées, pas d'ulcération, augmentée de volume, ramollissement par décomposition cadavérique), substance corticale à son épaisseur normale, çà et là à la périphérie on voit des stries jaunâtres et quelques petits foyers miliaries? Rein gauche (uretère contient du pus, autrement comme à droite) : très petite substance corticale presque molle, surface du bassinnet injectée. Pus dans le bassinnet et le calice. Examiné au microscope, plusieurs coupes ayant été préparées de chaque partie sus-mentionnée, il n'y avait pas un tubercule, pas une cellule, et pas même un bacille de Koch.

OBSERVATIONS DE CYSTOTOMIE.

OBSERVATION X

Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique Eigenbrodt. *Zeitschr de Deuschl. Chirurgie*, 1888. Résumée.

Heinrich Sperlbaum, âgé de 30 ans, ouvrier de fabrique à Bonn, entre le 27 mai 1886, à la clinique.

Le malade a toujours été bien portant, et n'a aucun antécédent héréditaire. Il s'aperçut il y a onze mois qu'une goutte de sang venait après la miction, mais l'urine était restée claire. Cette légère hématurie se répéta plusieurs fois. Il y a 8 mois, l'hématurie a été très forte et s'accompagnait de douleur à la fin de la miction. Avant 7 mois le malade était obligé d'uriner toutes les cinq minutes, l'urine était toujours sanguinolente. Tous ces symptômes se calmèrent, mais recommencèrent avec toute la fureur il y a un mois, de manière que le malade était très affaibli et abattu.

Le malade est un homme robuste, anémique, il a de la strangurie, mais on ne peut rien trouver dans le dépôt urinaire pouvant dénoter une tumeur. L'examen au cathéter fait augmenter l'hématurie et la douleur.

23 juin. — Taille hypogastrique sur la ligne médiane. La muqueuse vésicale est rouge et injectée, le bas fond est occupé par un ulcère plus grand qu'une pièce de 2 francs. Les bords sont taillés à pic, à fond inégal et d'une couleur rouge bleu. Grattage de cet ulcère avec une curette et cautérisation au thermocautère. Suture de la vessie et de la paroi avec placement du tube de drainage en forme de T.

Après l'opération la douleur est calmée température 39°, l'urine s'écoule facilement, le malade étant couché sur le côté.

Six semaines après l'opération il y avait encore une petite fistule. Les oscillations de température continuaient, sueurs, diarrhée et toux. Deux mois après l'opération l'urine était encore sanguinolente. La douleur et la strangurie reviennent, mais en moindre quantité. L'examen bactériologique de l'urine était négatif. La fistule se ferme, l'état primitif revient, il y a du pus dans l'urine et le malade dépérit de jour en jour. On place une sonde à demeure, lavage à l'acide salicylique et au nitrate d'argent. La température oscille toujours très haut jusqu'à 39°,8 et 40°,5. Mort le 29 septembre.

L'autopsie démontre une tuberculose généralisée. Rein droit gros, coalisé, et uretère injecté et ecchymotique. Rein gauche, bassinet et calice, et uretère grandement détériorés par la tuberculose. Vessie à paroi mince, muqueuse ulcérée. Foyer caséux dans la prostate.

Dans cette observation, on ne peut juger du début de la tuberculose. Il paraîtrait plus probable qu'elle ait commencé par la vessie et se soit propagée ultérieurement au péritoine et à la plèvre.

OBSERVATION XI

Cystite tuberculeuse. Taille hypogastrique. Eigenbrodt. *Deutsch Zeitschrif. chirurgie*, 1888. *Résumée*.

Heinrich Menden, âgé de 47 ans, tailleur de pierre, reçu à la clinique le 7 mai 1886.

Le malade souffre depuis 7 mois de strangurie et de douleur continues dans le gland. Depuis 5 mois hématurie survenant après fatigue.

Homme maigre et anémique. Rien dans les organes génitaux externes. L'urine est trouble, contient du pus, réaction acide. Cathétérisme très douloureux. Par le palper on sent comme une masse dure sur le côté gauche. Par le sondage on retire des grumeaux et des caillots, ces grumeaux examinés au microscope contiennent des cellules géantes.

Taille hypogastrique le 13 mai sur la ligne médiane. A l'ouverture de la vessie on trouve la muqueuse rouge et légèrement enflammée, et un peu de procidence du lobe moyen de la prostate.

Drain en forme de T, et suture de la vessie et de la paroi.

Cicatrisation régulière sans élévation de température, le malade quitte l'hôpital 16 jours après l'opération. Sept mois après le malade ayant été revu il dit avoir ressenti des douleurs dans l'urètre et le testicule gauche, mais il se portait bien, et pouvait continuer son travail. A l'examen on trouve l'épididyme dure, bosselée et infiltrée.

OBSERVATION XII

Tuberculo-e vésicale. Taille hypogastrique. Curettage Eigenbrodt. *Deust. Zeitschr f. chirurg.*, 1888.

Werner Dieffenbach, âgé de 30 ans, cultivateur, reçu à la cli-

nique le 11 juillet 1886. Mère morte de phthisie laryngée, lui-même a toujours été bien portant. Il y a 4 mois il a commencé à souffrir pendant la miction hématurie vers la fin et plus tard douleur dans le gland. Depuis un mois les douleurs sont au maximum, l'urine contient du pus et du sang.

Le 12 juin. — Taille hypogastrique sur la ligne médiane. On trouve sur la paroi postérieure de la vessie un ulcère de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Curettage et cautérisation au thermocautère. Drainage avec tube en forme de T. Suture de la plaie à sa partie supérieure.

Les fils sont enlevés trois jours après, et le drain deux semaines et demie après, il se forme un petit abcès de la paroi abdominale, qui guérit de suite après l'incision.

Le 12 juillet. — Toute l'urine passa par l'urèthre.

Le malade accusait dans les derniers temps encore un peu de douleur, mais sans souffrance. L'urine était claire.

Cinq mois après le malade souffrait encore de temps en temps, mais la douleur était supportable.

OBSERVATION XIII

Cystite tuberculeuse douloureuse; taille hypogastrique; résultat fonctionnel parfait (Ed. Blanc dans le service de Poncet. Résumée dans les *Ann. des maladies des org. gén. urin.* 1889).

Le malade de Poncet était un garçon de 14 ans appartenant à une famille de tuberculeux et présentant lui-même des antécédents suspects. Les symptômes de tuberculose vésicale, hématuries, mictions douloureuses, douleurs dans le gland, qui avaient débuté en 1886 étaient, lors de son entrée à l'hôpital en juillet, à leur maximum, les mictions très fréquentes, les besoins impé-

rieux, les dernières gouttes d'urine rendues avec de vives douleurs; à plusieurs reprises il y a eu émission de petits graviers, l'exploration de la vessie fait sentir un léger frottement sur un corps dur, à la face postérieure.

Amaigrissement rapide, cachexie extrême, les poumons paraissent sains. « En présence d'un état aussi grave, et bien que l'hésitation soit permise entre une tuberculose vésicale que les antécédents rendent très probable; et un calcul auquel certains signes permettent de songer. M. le professeur Poncet se décide à une opération hâtive; il faut couper court à une si intolérable situation. Dans l'une et l'autre hypothèse, l'intervention s'impose; elle sera curative dans le deuxième cas, palliative dans le premier cas ». La taille hypogastrique est pratiquée, la surface interne de la vessie est fongueuse, quelques ulcérations et granulations; à la face postérieure colonne dirigée longitudinalement, dure, fibreuse, recouverte d'incrustations calcaires: drainage de Demous. Il y a d'abord une rapide amélioration, les douleurs et les hématuries cessent, l'état général s'améliore, mais l'affaiblissement reprend sa marche au commencement d'août, et le petit opéré succombe le 1^{er} septembre avec des accidents urémiques, sans que les douleurs, ni le ténesme, ni les hématuries aient reparu.

A l'autopsie, quelques tubercules aux sommets; rein gauche converti en poche purulente; dans le rein droit, trois cavernes remplies de matière crétacée; vessie remplie de pus, ratatinée, granulations tuberculeuses et ulcération de la muqueuse.

Cette observation présente ceci d'intéressant, qu'après l'opération, malgré l'évolution de la maladie, et malgré l'envahissement des reins, les douleurs furent totalement calmées et la vie rendue supportable pendant deux mois. Les conditions personnelles et héréditaires n'étaient pas en faveur de la bonne issue de la maladie.

OBSERVATION XIV

Schatz. *Centralblatt für, Gynæcologie*, 1886, n. 29, p. 429.

L'auteur cite le cas suivant :

Jeune femme souffrant de douleur, d'hématurie et de pyurie, miction douloureuse. Le traitement local reste sans résultat. Par le toucher vésical on reconnaît une ulcération déposant sur la paroi postérieure de la vessie de la grandeur de 5 centimètres de diamètre. L'examen du pus ne présente rien de caractéristique.

Après quelques mois de traitement l'ulcère était devenu plus étendu, et avait gagné trois fois son diamètre primitif et les douleurs avaient augmenté.

Taille hypogastrique, on soulève la vessie et on l'incise. On attire avec une pince la paroi postérieure qui est très épaissie. Résection de cette partie après ligature en masse. On laisse les fils dans la vessie suturés au catgut, excepté la partie inférieure de la plaie vésicale et de la plaie abdominale qui restent ouvertes. Les fils et le tube à drainage sortent par la plaie, l'autre bout du tube est dégagé par l'urèthre. L'examen de la masse enlevée présente des tubercules, mais on ne rencontre pas trace de bacille.

La malade a été soulagée pendant plusieurs mois, mais après cette époque elle accuse de nouveau son urine de contenir du pus, mais sans douleurs.

OBSERVATION XV

Axel Iversen, analysée par Reverdin dans les *Annales des malad. des org. génito-urin.*, 1889.

Jeune fille de 19 ans, qui souffrait de ténésme vésical et de douleurs, et chez laquelle on trouve par l'exploration digitale une ulcération de la paroi antérieure de la vessie ; après un râclage non suivi d'amélioration on fit la taille hypogastrique, et on

excisa l'ulcère, mais la fistule ne se ferma pas ; un abcès se forma dans la région du rein droit qui fut incisé ; la malade mourut, et l'on trouve une tuberculose du rein droit et de la vessie, et un abcès prévésical. Cette taille a été pratiquée à la fin de mars 1885, et serait la première en date.

OBSERVATION XVI (résumée).

Thèse d'Hartmann. Cystite tuberculeuse douloureuse. Morphomanie. Taille hypogastrique. Drainage de la vessie pendant 17 jours. Guérison.

T..., 24 ans, peintre en éventails, entre le 27 janvier 1885 dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker.

Il y a trois ans pendant son service militaire il fut pris d'envies fréquentes d'uriner avec légère douleur sans hématurie proprement dite. Après un traitement qu'il subit à l'hôpital militaire, les douleurs se calment, mais les urines deviennent troubles, surtout à la fin du jet. Miction 12 à 20 fois la nuit, 30 à 40 le jour.

Au Val-de-Grâce on lui fit des instillations de nitrate d'argent qui exaspéraient ses douleurs, et sa cystite devient alors franchement douloureuse.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de blennorrhagie antérieure, scarlatine dans l'enfance. Fièvre typhoïde à 10 ans. Bonne santé habituelle. N'avait pas eu de relation avec les femmes depuis 1 an 1/2 lors de l'apparition des symptômes vésicaux.

Mictions fréquentes, douloureuses. Urines troubles, laissant un dépôt purulent. Rien aux testicules. Vésicules séminales et prostate saines, mais douloureuses à la pression, douleurs qui se propagent jusqu'au gland. Région lombaire douloureuse. Malade très amaigri, pas de tuberculose pulmonaire.

Il subit un traitement médical : suppositoires morphinés. Ca-

taplasmes à l'hypogastre. Tisane diurétique. Huile de foie de morue créosotée.

Il est un peu amélioré, grâce à la morphine, et sort de l'hôpital le 28 février, et rentre dans les derniers jours de juin, il prend alors de 6 à 8 centigrammes de morphine par jour.

Les mictions sont fréquentes, douloureuses. Quelques crises. Fièvre régulière, anorexie. Rien aux vésicules séminales, ni à la prostate, mais les urines contiennent de nombreux bacilles.

Taille hypogastrique faite par M. Guyon le 8 juillet 1885.

La vessie se distend facilement jusqu'à 150 à 200 grammes. Ballon de Petersen, la vessie est peu tendue, incision, on le relève avec deux fils de soie, introduction du spéculum de Bazy. Muqueuse, rouge foncé, mamelonnée, comme framboisée. On dilate le col et on frotte la muqueuse avec de l'huile iodoformée.

Réunion de la plaie superficielle. Siphonnage de la vessie avec deux tubes.

Suites opératoires bonnes, pas de fièvre, on retire la sonde le 4 août. Les mictions s'espacent jusqu'à arriver à s'espacer de deux en deux heures. Les urines laissent toujours un petit dépôt purulent.

Le malade quitte l'hôpital le 26 août et peut reprendre son métier, les urines deviennent absolument claires. Pas de douleur, mais les mictions se répètent encore fréquemment. En décembre 1886 le malade allait bien, mais les doses de morphine n'étaient pas encore complètement supprimées.

OBSERVATION XVII

De Roux publiée par Reverdin dans *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*, 1889.

B... Joseph, agriculteur, 27 ans, a toujours eu la vessie sensible depuis son enfance et a eu par moment de l'incontinence noc-

turne ; il était quelquefois si pressé qu'il urinait dans son pantalon. Amélioration à 15 ans. A 22 ans, en 1882, rechute sans causes, mictions toutes les demi-heures avec douleur à la fin, dernières gouttes sanguinolentes. En novembre 1886, nouvelle rechute, accompagnée de ténésme rectal, et douleur dans l'hypogastre ; ces douleurs sont augmentées par la marche, les mictions se rapprochent et il finit par uriner tous les quarts d'heure puis tous les cinq minutes, et enfin par avoir un suintement continu d'urine ; après chaque épreinte plus violente, quelques gouttes de sang ; urine trouble. Après deux mois de traitement il arrive à garder l'urine deux heures à deux heures et demie.

Enfin, après des alternatives de mieux et de moins bien, il entre à l'hôpital de Lausanne dans le service de Roux le 26 juillet 1888. L'urine renferme de nombreuses cellules épithéliales, des globules de pus, des globules rouges, des oxalates, pas d'albumine. Jusqu'au 16 octobre il est traité par la diète lactée, le chlorate de potasse, les lavages à la résorcine, la térébenthine à l'intérieur et en lavages, les lavages à la créoline, l'acide benzoïque et le salol à l'intérieur. L'exploration vésicale exclue l'idée de calcul ; le diagnostic le plus probable est celui de cystite tuberculeuse. L'opération de la taille est proposée et acceptée aussitôt.

Le 16 octobre. — Taille hypogastrique sans ballon de Petersen, 300 grammes environ d'acide borique injectés dans la vessie. Vessie assez petite, il est difficile de trouver le pli péritonéal ; pas de lacis veineux ; derrière la symphyse, on trouve un liquide séro-sanguinolent qui s'écoule à plusieurs reprises, et on se demande si peut-être la vessie s'est rompue. La vessie fixée par quatre points de suture aux parois est incisée. On trouve un très grand nombre de granulations absolument identiques à celles du pharynx ; sur la muqueuse plutôt pâle et formant des proéminences rouges arrondies ou ovales qui ne laissent aucun doute sur la cause de la cystite, dont les produits n'ont pas permis de trouver le bacille de la tuberculose. A l'exemple de Guyon on

pose le Pacquelin partout où l'on peut arriver, et l'on brosse avec un tampon iodoformé.

Tamponnement à la gaz iodoformée, compresses de sublimé à 1 pour 1000. Forte intoxication mercurielle, dont le malade se remet peu à peu, mais à grande peine.

Il est débarrassé de son ténesme, mais la plaie a fort peu de tendance à se fermer. A la fin de décembre, Roux applique à son malade un appareil de son invention, composé d'une ceinture avec plaque métallique traversée par un tube en caoutchouc, qui d'une part pénètre dans la vessie à travers un coussin à air appliqué derrière la plaque, et touchant la plaie, d'autre part dans un réservoir en caoutchouc.

A la fin de janvier, Roux, après avoir constaté le caractère torpide persistant des granulations, et après les avoir râclées à la curette, a examiné la vessie au spéculum ; toute sa surface muqueuse était transformée en granulations luxuriantes, comme volume, mais molles, présentant des élévations de la grosseur de la moitié d'un pois, portant à leur centre une tache jaunâtre rappelant à s'y méprendre les masses caséeuses cachées dans les cryptes d'une amygdale, l'enfoncement central en moins. A gauche, dans le fond, à trois centimètres environ de l'embouchure de l'uretère, le doigt s'enfonce dans une petite cavité remplie également de fongosités. Il procède à un râclage complet à la curette, y compris la cavité signalée plus haut. Une injection d'eau térébenthinée tiède arrête merveilleusement l'hémorrhagie, modérée du reste.

Injection d'éther iodoformé, introduction d'un paquet de gaze iodoformée jusqu'au lendemain ; on répètera ses injections d'éther iodoformé tous les huit jours. Le malade porte de nouveau son appareil. Telle était la situation le 4 février 1889.

OBSERVATION XVIII

De J. Reverdin dans les *Ann. des malad. des org. génito-urin.* 1889.
Tuberculose épididymaire et vésicale, taille hypogastrique, râclage et cautérisation ; persistance d'une fistule, opération plastique, guérison. Abscess périnéphrétique resté fistuleux, état satisfaisant plus de deux ans après la taille. Résumé.

C... Auguste, âgé de 20 ans, de Meiner (Genève), charpentier.
Garçon d'apparence robuste, a toujours eu une bonne santé, n'a pas eu de maladies vénériennes. Antécédents héréditaires nuls et aucune tendance à la tuberculose dans la famille.

Il y a cinq ans ayant reçu un coup sur le testicule droit il fut soigné pour une épididymite traumatique, mais la douleur et la tuméfaction se répéta un an après sans aucune cause.

En 1883 il éprouve des douleurs à la fin de la miction, celle-ci devient fréquente, et il rend quelques gouttes de sang vers la fin, parfois hématurie abondante.

En 1885, Reverdin trouve une épididymite tuberculeuse de la tête, dure, bosselée, le canal déférent, dur, sensible. Le diagnostic tuberculose vésicale, administre de l'iodoforme et des instillations de nitrate d'argent, pommade iodoformée sur les bourses. Ce traitement amène une amélioration assez marquée ; il part pour le Midi.

En 1886, après une fièvre muqueuse, les troubles vésicaux repa-
raissent et s'aggravent.

En 1887, mictions pesantes, douloureuses, toutes les demi-heures, et même plus souvent. Urines troubles accompagnées de sang.

Faciès excellent ; épididyme n'a pas augmenté de volume. Réinstillation de nitrate d'argent, les mictions deviennent encore plus fréquentes, toutes les 10 minutes. Vessie supporte à peine 50 à 60 grammes de solution boriquée à 4 pour 100.

L'examen présente : Testicule droit, épididymite tuberculeux à noyaux durs, arrondis, sans adhérences à la peau ; canal déférent gros ou du haut en bas. Testicule gauche sain : prostate présentant dans son lobe en avant un petit noyau ; au-dessus du lobe droit on sent un cordon dur et noueux formé, soit par la vésicule séminale, soit par le col déférent tuberculeux. Urèthre perméable sans rétrécissement. Les reins ne sont pas douloureux et ne paraissent pas augmentés de volume. Pas de fièvre, faciès bon. Mictions toutes les 1/2 heures, un peu de sang à la fin, moins trouble, rougeâtre. On n'a pas recherché le bacille de la tuberculose.

Malgré l'état du testicule opération le 25 janvier 1887, d'après le procédé que nous avons décrit, c'est-à-dire sans ballon de Petersen. En injectant la vessie et en la relevant avec un cathéter en zinc. On incise sur le bec de la sonde après avoir enlevé la vessie avec deux fils de soie, curettage et cautérisation avec le thymo-cautère de Pacquelin. Pansement à la gaze iodoformée et drainage.

Dans la suite de l'opération il y a eu de la fièvre, la plaie bourgeonne, cautérisations au thymo-cautère, les douleurs sont calmées, et on enlève le 28 avril le drain, l'urine est claire. Il persiste une fistule. La muqueuse fait hernie, Reverdin opère son malade de cette fistule par avivement des bords et glissement des lambeaux.

Le 17 juillet, la miction se fait sans douleur par l'urèthre, d'abord excessivement fréquente sans hémorrhagie. Le 19 la cicatrisation est complète, l'urine claire, le malade se lève et quitte la clinique le 20 juillet pour retourner chez lui.

Deux jours après le malade revient avec une épididymite à gauche qui est ramollie. L'abcès est traité par les injections d'éther iodoformé et cautérise la petite fistulette qui était restée encore ouverte à l'hypogastre.

Le 9 octobre. — L'état est excellent, la fistulette persiste, mais

très petite, l'urine est claire. Prostate ne présente plus de bosse-lure, miction 4 à 6 fois par jour et 3 fois dans la nuit.

En 1888 il est pris de bronchite avec hémoptysie, pâlit, maigrit, il est pris de transpiration, douleurs lombaires, formation d'abcès périnéphrétique qu'on ouvre. Cavité contenant un litre de pus phlegmoneux, sans odeur. On ne sent pas le rein.

L'urine examinée le 22 avril ne contient pas de bacilles de Koch. L'état s'améliore, urines claires, mictions non douloureuses. La plaie s'est transformée en fistule qui se rétrécit.

Le 18 novembre 1888 faciès excellent, le teint coloré a augmenté de poids de 55 kil. à 87,5. La miction se fait sans la moindre douleur, il reste deux petites fistulettes qui se communiquent et ne guérissent pas le malade.

OBSERVATION XIX

Cystotomie sus-pubienne pour cystite tuberculeuse, présentée par M. Guyon au III^e congrès de chirurgie.

Bont... Eugène, 40 ans, entre le 31 janvier 1887, salle Saint-Vincent, lit n° 20.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'apoplexie. Père ?

Antécédents personnels. — A onze ans purpura hémorrhagique sur les jambes. Pas d'autres affections.

En 1883, à la suite d'un refroidissement, bronchite qui, au dire du malade, aurait traîné assez longtemps. Pas de toux, pas de sueurs nocturnes. Hypocondriaque au delà de toute expression, il prétend avoir eu une hémoptysie, mais rien ne peut faire admettre cette affection.

En 1870 chancre mou, pas de blennorrhagie, excès vénériens pendant cinq ans. Alcoolique depuis cinq ans ; vie toujours exempte de privation.

Le malade a déjà été à l'hôpital Necker pour des accidents urinaires que voici : En septembre 1886, sans aucune cause, il a commencé à souffrir pendant et à la fin de la miction. Cette douleur avait pour siège le bas-ventre et s'exagérait par la marche. En octobre de la même année le sang apparaît pour la première fois à la fin de la miction, l'hématurie ne consiste qu'en quelques gouttes de sang, et n'apparaît que de loin en loin (3 fois en 3 semaines). Le malade ne peut incriminer aucune cause. Il commence à avoir des mictions fréquentes, 12 fois par jour. Ces accidents sont améliorés par le repos et reparaissent dès que le malade se lève, et les mictions deviennent de plus en plus fréquentes et douloureuses.

En janvier 1887, 3 ou 4 gouttes de sang après chaque miction, et surtout pendant la défécation. Douleurs du côté du périnée s'irradiant vers l'anus.

La *persistance* de tous ces troubles, la *résistance* à tous les traitements, faisaient tomber le malade dans la plus profonde hypocondrie.

A son entrée à l'hôpital, l'examen présente ce qui suit : état général satisfaisant, appétit conservé, pas d'amaigrissement. Urèthre libre, un peu de spasme à la portion membraneuse. Vessie douloureuse au contact de l'explorateur, peu douloureuse au doigt rectal combiné au palper hypogastrique. Prostate, vésicules séminales et épидидymes sains ; rien au rein. Urines légèrement troubles et purulentes. Examen microbiologique fait par le Dr de Gennes dénote le bacille de Koch.

On est donc en présence d'une tuberculose vésicale, cet examen répété le 13 février démontre encore une foule de bacilles.

Instillations au nitrate d'argent ; éther iodoformé, iodoforme à l'intérieur, tout est inutile, et au contraire le traitement local produit une aggravation de l'état douloureux.

L'opération est proposée et acceptée, mais avant de l'entreprendre on prolonge le traitement iodoformé jusqu'à suture.

de l'organisme, pendant un mois. A cette époque, l'urine, la salive et toutes les sécrétions donnent la réaction de l'iodoforme.

Le nombre de bacilles dans l'urine a augmenté au lieu de diminuer.

Cystotomie le 30 avril par M. Guyon. Le ballon rectal est indispensable, le malade étant très gras, et la vessie fait peu saillie (420 grammes). La vessie distendue jusqu'à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. Incision cutanée de 12 centimètres, relèvement du péritoine, incision de la vessie. On passe les fils suspenseurs. La surface interne de la vessie est d'un rouge intense généralisé quelques apparences fongueuses au niveau du col, mais sans ulcération appréciable. Grattage sévère sur toute l'étendue de la surface vésicale et cautérisation au fer rouge au pourtour du col. Sutures de la vessie au catgut, deux points à l'angle inférieur, tubes-siphon. La vessie est laissée suspendue par deux fils. Sutures des muscles au catgut; sutures de la peau et de l'aponévrose au fil d'argent. Iodoforme, lavages.

Les suites de l'opération sont des plus simples, pas de fièvre, pas de réaction locale, bon fonctionnement des tubes qui sont enlevés 15 jours après (15 mai).

M. de Gennes trouve encore des bacilles à deux examens successifs, mais en très petit nombre. La sonde à demeure est placée le 15 mai. Intolérance pour l'iodoforme qu'on supprime le douzième jour.

Le 5 août. — La sonde est toujours à demeure, la plaie présente un petit trajet fistuleux qu'on cautérise au nitrate d'argent.

Le 3 novembre. — La fistule persiste, la vessie est toujours un peu douloureuse; instillation de nitrate d'argent.

De Gennes a fait deux examens successifs des urines sans plus trouver la trace de bacilles.

31 décembre. — Suture de la vessie. Deux fistules persistent.

20 juillet 1888. — Cautérisation des fistules au calvano-cautère.

A partir de juillet 1888, on a cessé toute espèce de traitement local, ce traitement n'amenant aucune amélioration le malade s'est alité au commencement de 1889 parce que la station et la marche debout exaspéraient ses douleurs, et que l'urine coulant alors presque toute par les fistules persistantes de la région sus-pubienne. Peu à peu son appétit a disparu, il est très amaigri, a faibli de plus en plus, et s'éteint dans le coma le 22 juillet 1889.

Autopsie 23 juillet, 24 heures après la mort. Le cadavre n'est pas émacié, couche cellulaire sous-cutanée de 2 centimètre. Péritoine sain ; gros intestin extrêmement dilaté. Foie refoulé par le gros intestin de telle façon que son bord antérieur est devenu supérieur. Poumons sains.

Appareil génito-urinaire. — Reins enveloppés d'une masse énorme de tissus cellulo-adipeux, dimension droit : longueur 17 centimètres, largeur 11 centimètres ; gauche : longueur 19 centimètres, largeur 12 centimètres. Le tissu rénal est intérieurement adhérent à l'enveloppe cellulo-adipeuse qui mesure 2 à 5 centimètres d'épaisseur. Rein droit : lésion de néphrite suppurée, la région médullaire est creusée de cavités remplies de pus avec nombreux calculs phosphatiques. Pas trace de noyaux caséeux ni de granulations tuberculeuses. Rein gauche transformé en une vaste poche purulente, à loges séparées par des cloisons incomplètes. Aucune trace de lésions d'apparence tuberculeuse.

L'uretère droit dilaté, à surface interne violacée rempli de liquide purulent. Uretère gauche non dilaté, vide. Vessie, extrêmement petite, contient à peine quelques centimètres cubes de liquide, sa cavité communique avec une petite fistule à l'extérieur... on ne découvre ni ulcération, ni granulation à leur surface, ou dans l'épaisseur, en un ou deux points la muqueuse est peu grenue (ces points seront examinés au microscope). La coloration de cette muqueuse est un peu rouge, violacée, ecchymotique par place. Les vésicules séminales forment derrière une masse volumineuse, mal délimitée, renfermant des foyers caséeux et de petites cavités pu-

rulentes. Prostate peu volumineuse, d'aspect normal à la coupe. Noyaux caséux dans l'épididyme.

L'examen microscopique confirme en tout point les données fournies par l'examen macroscopique.

La vessie ne montre aucune lésion tuberculeuse, les vésicules séminales sont seules farcies de tubercules.

M. Guyon a présenté encore une observation au 4^{me} congrès français de chirurgie. Ce cas est un de celui qui s'est terminé fatalement après un temps plus ou moins long. C'était le troisième cas opéré dans sa clinique.

OBSERVATION XX

Bardenhauer cité par Brohl *In Wiener med.*, 1889.

Cystite tuberculeuse, taille hypogastrique. Excision de la muqueuse. Amélioration passagère. Mort de tuberculose généralisée.

Hélène W... petite fillette âgée de 7 ans. Elle n'a aucun antécédent héréditaire, aurait eu en janvier 1886, pendant quelques jours, les urines sanguinolentes.

Ce n'est qu'à la fin de cette année que la quantité de sang des urines avait augmenté pendant un certain temps. En même temps apparut une cystite intense avec mictions fréquentes et douloureuses.

Les urines contiennent de l'albumine, des globules blancs et rouges, pas de cylindres. Fièvre vespérale, continuée pendant plusieurs mois. L'enfant maigrissait, Bardenhauer l'examine le 1^{er} mai 1887 et trouve par le cathétérisme un fort épaississement du fond de la vessie, vu l'état général, le diagnostic fut porté tuberculose vésicale primitive.

Le 9 mai 1887 on fait l'opération. Dénudation de la vessie par

la résection des symphyses, qui permit de reconnaître un épaissement de toute la vessie. Ce n'est que 10 jours après qu'on ouvre la vessie par une incision transversale de 4 centimètres. La muqueuse est très rouge, rugueuse et parsemée en partie de granulations miliaires. Avec le spéculum de Simon on parvient à rendre abordable l'intérieur de la vessie et, toute la muqueuse fut enlevée au moyen des pinces et de ciseaux. La plaie vésicale est suturée, et la plaie extérieure bourrée de gaze iodoformée. La suture ne se maintint pas, l'urine s'écoule par la plaie. Malgré cela l'enfant se rétablit, et put quitter le lit au mois de décembre 1887. Il y avait encore une petite fistule. L'urine se vidait en grande partie par l'uretère deux ou trois fois l'heure.

La malade reste en cet état, qu'on peut nommer bon, jusqu'en janvier 1888. A partir de ce moment elle commença à souffrir et mourut de péritonite tuberculeuse.

Le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique fait par Cahen, le professeur Lichtenstern et le professeur Weige trouvait en effet dans la partie sous-muqueuse, et dans certaines parties de la tunique musculaire, une grande quantité de tubercules sans noyaux avec cellule centrale et cellules géantes. Ces dernières étaient remplies de bacilles tuberculeux.

BIBLIOGRAPHIE

- Agnew.** — Treatment of vesical catarrh by establishing urinary fistule. Philadelphie, med. Times, 1880-81.
- Antal von Géza.** — Specielle chir. pathologie und therapie der Harnvohve u. Harnblase. Stuttgart, 1888.
- Bazy.** — Du diagnostic des lésions rénales dans les affections des voies urinaires. Des indications qu'elles fournissent au traitement et au pronostic. Thèse 1880.
- Bellamy.** — Cocaïne in chr. cystitis and irritable bladder, Lancet, 1885.
- Bertholle.** — De l'emploi des lavements de la vessie dans la cystite douloureuse. Rev. gén. de clin. et de thérapeutique, 1888.
- Blanc.** — Cystite tuberc. douloureuse, taille hypogastrique, drainage de Demons, résultat fonctionnel complet. Gaz. méd. de Paris, 1888.
- Boymond.** — Du trait. des cyst. spasmodiques rebelles chez l'homme par la dilatation du sphincter vésic. pratiqué à la faveur d'une bouton. périnéale. Lyon, 1882.
- Broca.** — De la douleur dans les cystites et de son traitem. chirurg. Gaz. hebd. de méd., 1887.
- Boursier.** — De la tuberculose de la vessie. Thèse 1885.
- Brohl.** — Die extirpation der Harnblase m. total extirpat. der Schleimhaut. Wien. med. Presse, 1889.
- Campbell.** — Case of. chr. cystitis. Cystotomy. Lancet, 1882.
- Casper.** — Ueber den gegenwartigen Stand der cystitis therapie Therap. monatschr. Berlin, 1887.

- Cayla.** — Tuberc. du rein, ses rapports avec la tuberc. génito-urin. *Gaz. des Hôpit.*, 1888.
- Chandelux.** — Notes sur les injections vésicales d'éther iodoformée dans certaines rebelles. *Lion Méd.*, 1887.
- Chauffard.** — Tuberc. urinaire. *Bullet. de la soc. anat. de Paris*, 1880.
- Civiale.** — Traité pratique des mal. des org. génit. urinaires, 1842.
- Clado.** — Note pour servir à l'étude anat. pathol. de la tuberc. vésicale. *Ann. des org. génito-urin.*, 1887.
- Chopart.** — Maladies des voies urinaires, 1792.
- Delafosse.** — Du traitement chirurg. de la cystite chr. chez l'homme. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1882.
- Duplay.** — Cystite chron. rebelle, cystotomie, guérison. *Arch. gén. de méd.*, 1883.
- Emmet.** — Artificial vesico-vaginal fistula. *Ann. J. of Obst. N. J.*, 1876.
- Eigenbrodt.** — Ueber Hohen Blasenschnitt. *Deutsch. Zeitschr. f. chr.*, 1888.
- Fischer.** — Die Auswaschung der Harnblase. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1880.
- Fremdenberg.** — Ueber die Anwendung der Cocain. anaesthesie *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1889.
- Frey-Ludwig.** — Die Therapie des chron. Blasenkatarrhs *Wien. méd. Presse*, 1889.
- Gailliet.** — Trait. des cystites purul. et hémorrh. *Gaz. hebdom.*, 1880.
- De Gennes.** — Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1885.
- Gergaud.** — Cystalgies et de leur traitement chirurg. *Paris*, 1882.
- Guebhard.** — Etudes sur la cystite tuberculeuse. Thèse 1878.

- Guiard.** — Diagnostic et trait. des cystites. Ann. des maladies des org. génito-urinaires, 1888.
- Traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie, 1888. Journ. de méd. de Paris.
- Guyon.** — Du diagnostic des affections de la vessie tiré des signes de la miction, 1876.
- Tuberculose urinaire. Journ. de méd. et de chirurg. prat., 1878.
- Tuberculose vésicale. Sem. méd., 1885.
- Des cystites. An. des malad. des org. génito-urinaires, 1886.
- De la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique. Compte-rendu à l'Acad. de Science, 1887.
- Traitement topique de l'urèthre et de la vessie. Gaz. de Paris, 1888.
- Traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie. Progrès médical, 1888.
- Troisième congrès de chirurgie. Rev. de chir., 1888.
- Hache.** — Etude clinique sur les cystites. Thèse 1884.
- Hartmann.** — Des cystites douloureuses, leur traitement, 1887. Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites. Gaz. des Hôp., 1887.
- Heidereich.** — La résection du pubis pratiquée pour faciliter l'accès de la vessie. Sem. méd., 1889.
- Helreich.** — Ueber partielle resection der symphise des Hülfmittel für operationem au der Harnblase Verhandlung der deutsch. Gesellschaft f. chir., Berlin 1888.
- Hergott.** — Nouveau moyen et traitement des maladies de la vessie chez la femme. An. de Gynec., 1876.
- Hodje.** — Colpo-cystotomie. Proc. Philad. Co. med. socztye, 1876
- Horowitz** — Cie Behandlung schwerer Blasenkatarrhe durch Blasenschnite. Wien. med. Wochenschrift, 1883.

- Iversen, Axel.** — Ueber Neubildungen in der Blase. *Centralbl f. chir.*, 1887.
- Jamin.** — Dictionnaire encyclopédique des sciences médic, Vessie, 1886.
- Jean.** — Tuberculose de la vessie et du rein. *Bullet. de la société d'anatomie*, 1878.
- Jonas.** — Opérative treatm. of chr. vesical catharr. med. Record. N. Y. 1886.
- Key.** — Disease of the bladder. *Lancet*, 1826.
- Kidd.** — Extreme tuberculosis ulceration of the bladder, tubercul. of the urethra Tr. of. pathol. Soc. of. London, 1887-88.
- Krzywicki.** — 29 Falle von Urogenital tuberculose. *Beitr. zur pathol. anat. u. allgem. Pathol.*, 1888.
- Lavaux.** — Traitement des cystites douloureuses. *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, 1889.
De l'emploi de la cocaïne dans les affections des voies urinaires. *Nouv. Remèdes*, 1889.
- Locquin.** — Note sur l'emploi de l'iodoforme dans les cystites tuberculeuses. *Gaz. des hôp.*, 1887.
- Marchand.** — Tuberculose der Weiblichen Harnblase, *arch. f. gynæcol.* Berlin, 1878.
- Mansier.** — Sur la solubilité de l'acide borique. *Ann. des malad. des org. génito-urinaires*, 1888.
- Mendelsohn.** — Tuber. Kelubacillen in Harne *Deutsch. med. Wochen.*, 1884.
- Pauli.** — Die interne therap. des chron. Harublasen Katarrt. *deutsh. med. Wochensch.*, 1887.
- Poljak.** — Sub cutane créosote und Gayacol Einspritzunger *Wien. med. Presse*, xxx, 1889.
- Poster.** — Curetting the bladder for chron. cystitis. *Boston med. and. s. j.*, 1888.

- Reverdin Jacques.** — Note sur un cas de cystite tuberculeuse traitée par la taille hypogastrique, le râclage de la cautérisation, ann. des mald. des org. génito-urinaires, 1889.
- Robbins.** — Ueber Einspritzungen in de Blase und deren Weth. bei Behandlung der cystitis. N.-Y. med. Ric., 1884.
- Rosenstein.** — Zur tuberculose der Harn organe Berl. Klin. Wochens., 1865.
- Ruyter von.** — Zur Iodoform. frage Arch. f. Klin. chir. Berlin, 1887. Zur Iodoformwirkung. Verhaudl. d. deutsch. f. chir. Berlin, 1887.
- Schatz.** — Ueber Geschvure der Harublase. Wien. med. Blatter, 1886, et Centralb. f. Gynaccologie, 1886.
- Schetelig.** — Die Behandlung der Tuberculoze Deutsch. med. Zeitung, 1889.
- Tapret.** — Etude clinique sur la tuberculose vésicale, 1879.
- Teevan.** — Cystotomie, Lancet, 1879.
- Thompson.** — Affection of the bladder, 1879, et traduction par Jamin.
- Verneuil.** — Cystalgie, taille prérectale. Gaz. des hôp., 1881. Tuberculose vésicale chez les enfants. Bullet. de la société anatom. 1884. Congrès de chirurgie français.
- Voisin.** — Tuberculose des organes génito-urinaires. Bullet. de la société anatom., 1874.
- Vincent.** — Note sur le traitement des cystites spasmodiques rebelles chez l'homme par la boutonnière périnéale. Lyon médical, 1882.
- Waston.** — A case of tuberculosis of the bladder aud Kidney originating in tuberculose epididymitis. Boston. med. et s. j., 1888.
- Wilks.** — Tuberculose disease of the bladder. Er. of path. socy. London, 1859-1860 et Lancet 1859.

Willians. — A methode of irrigating the bladder. Boston med. et s. j., 1881.

Zilevicz. — Hartnäckiger Falloon tuberculoser cystitis. Arch. f. Klin. chir. Berlin, 1888-89.

Vu par le Président de la thèse,

GUYON

Vu par le Doyen, •

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

